RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

Rapport annuel de gestion

2011 • 2012

Québec

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

Rapport annuel de gestion

2011 • 2012

DOCUMENT PRODUIT PAR
LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Impression
Compo Orléans

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
ISBN 978-2-550-65193-2 (version papier)
ISBN 978-2-550-65194-9 (version PDF)
ISSN 1703-3780

Dans le présent rapport, le masculin désigne aussi bien les hommes que les femmes lorsque le contexte s'y prête.

Ce document est imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation.

Créé spécialement pour la Régie, ce symbole représente l'évolution et l'avancement que permettront les orientations du Plan stratégique 2009-2013.

L'année 2011-2012

NOS PRINCIPAUX CLIENTS

Personnes couvertes par le régime d'assurance maladie		7,7 millions
Personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments		3,4 millions
Professionnels de la santé, dispensateurs de services et prescripteurs		37 085
Médecins spécialistes	9 785	
Médecins omnipraticiens	8 797	
Pharmaciens	8 013	
Dentistes et chirurgiens buccaux	4 076	
Résidents	2 932	
Optométristes	1 314	
Dispensateurs de services et prescripteurs	2 168	

LA GESTION DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS

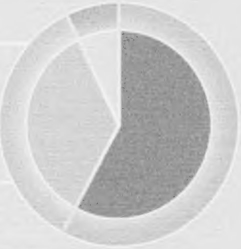
LE BUDGET DES DÉPENSES DE LA RÉGIE REPRÉSENTE 26 % DE CELUI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Nos sources de financement

Fonds des services de santé	5 686 M$	59 %
Fonds de l'assurance médicaments	3 326 M$	35 %
Autres	618 M$	6 %
Total	9 630 M$	

Les coûts de nos programmes

Rémunération des médecins (services médicaux)	5 513 M$	58 %
Médicaments et services pharmaceutiques	3 288 M$	35 %
Autres	651 M$	7 %
Total	9 452 M$	



Nos ressources

1 601 employés

184,3 millions de dollars de frais d'administration

Représentent 1,9 % du coût des programmes

en quelques chiffres...

LES PRINCIPAUX SERVICES RENDUS EN 2011-2012

Aux personnes couvertes par le régime d'assurance maladie

Cartes d'assurance maladie délivrées		2,3 millions
Premières inscriptions	159 899	
Appels téléphoniques traités		1,5 million
Personnes accueillies aux bureaux de la Régie		186 106
Demandes de service traitées		1 198 720
Services professionnels et hospitaliers reçus hors du Québec	686 341	
Programmes d'aides techniques	403 911	
Programmes d'aide financière	108 468	

Aux personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments

Nouvelles inscriptions	434 046

Aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services

Demandes de paiement traitées		243 millions
Pharmaciens	190,7 millions	
Médecins omnipraticiens et spécialistes, dentistes, chirurgiens buccaux et optométristes	51,9 millions	
Dispensateurs de services	374 019	
Appels téléphoniques traités		222 387

Aux chercheurs et aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

Demandes d'information statistique	1 431

Les lettres de transmission du rapport annuel de gestion de la Régie

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2012, conformément à la Loi sur l'administration publique et à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés,

Réjean Hébert

Québec, octobre 2012

Monsieur Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous soumettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2012.

Ce rapport fait état des résultats obtenus à l'égard des engagements pris par la Régie dans sa Déclaration de services aux citoyens et rend compte des objectifs de son plan stratégique pour l'exercice financier 2011-2012. Il fait également ressortir les défis que doit relever la Régie et présente les faits saillants de l'année.

De plus, ce document fait le point sur les ressources humaines, informationnelles et financières de la Régie et répond aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur. Enfin, il présente des états financiers vérifiés, dont ceux du Fonds de l'assurance médicaments.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération.

Le président du conseil d'administration,

Michel Lamontagne

Québec, octobre 2012

Table des matières

Message du président du conseil d'administration 1
Message du président-directeur général 3
Déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents 4
Rapport de validation de la vérification interne 5
Les faits saillants 7

SECTION 1
La Régie 11
Mission 13
Valeurs organisationnelles 14
Conseil d'administration 15
Direction 27
Organigramme 30

SECTION 2
Les résultats 2011-2012 33
Sondages auprès des clientèles 35
Déclaration de services aux citoyens 37
Démarche d'amélioration continue selon la méthode *Lean* 41
Plan stratégique 42
Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, incluant l'étalonnage 52

SECTION 3
L'application de certaines politiques gouvernementales 61
Accès à l'égalité en emploi 63
Développement durable 67
Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration 73
Financement des services publics 74
Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information 76
Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 79

SECTION 4
Les ressources de la Régie 81
Ressources humaines 83
Ressources informationnelles 87
Ressources financières 89
États financiers de l'exercice clos le 31 mars 2012 95

SECTION 5
Le rapport d'activité 2011-2012 sur le régime général d'assurance médicaments 109
États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice clos le 31 mars 2012 117

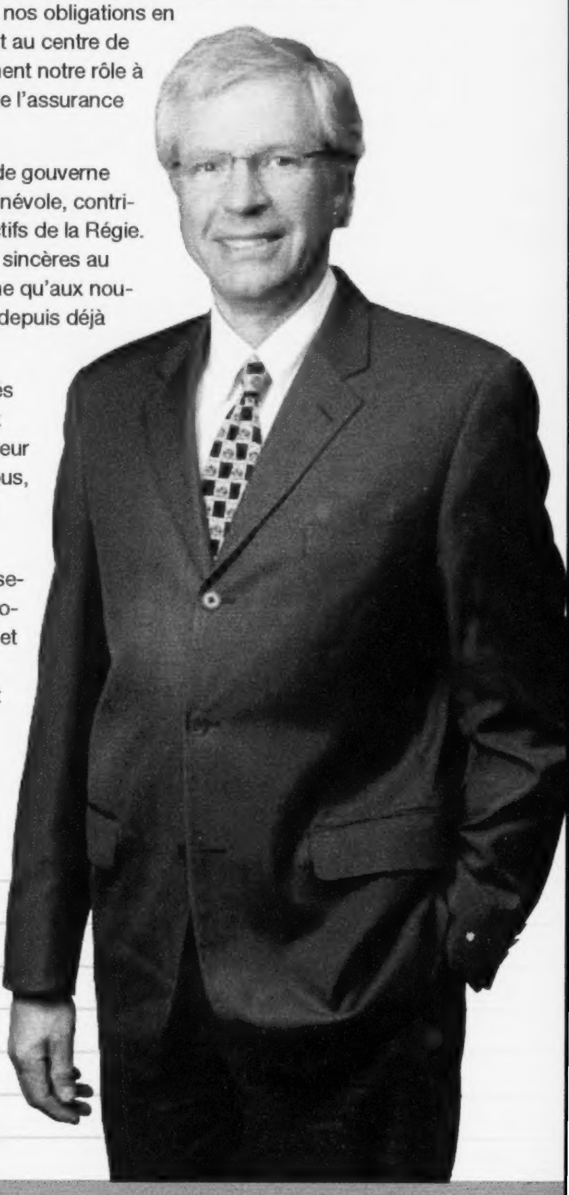
SECTION 6
Les annexes 125
1- Lois et règlements principaux appliqués par la Régie 127
2- Programmes administrés par la Régie 129
3- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 137
4- Complément d'information financière relative aux programmes administrés par la Régie 143

Coordonnées de la Régie 151

Message du président du conseil d'administration

Dans la foulée de l'esprit des règles introduites, il y a maintenant plus de cinq ans, par la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et conformément aux objectifs poursuivis par ses membres, le conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec a intensifié son rythme de croisière en 2011-2012. À ce sujet, je vous invite à consulter la section qui présente les réalisations tant des comités que du conseil et qui démontre l'engagement des membres dans leur rôle d'administrateurs au cours de la dernière année.

J'aimerais souligner quelques réalisations qui témoignent de l'amélioration continue de la gouvernance du conseil et de ses comités. À ce titre, le « conseil sans papier » permet de participer aux délibérations uniquement au moyen de tablettes électroniques. Le processus d'accueil des nouveaux membres et l'offre élargie de formation continue des membres du conseil facilitent la qualité de notre participation. Plusieurs outils de planification et de suivi ont également été optimisés; ils permettent, en tout temps, d'avoir une vue d'ensemble de nos obligations en vertu des lois qui nous régissent. Toutes ces initiatives sont au centre de nos responsabilités et nous permettent d'assumer pleinement notre rôle à titre de membres du conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec.



Le conseil d'administration, c'est avant tout une instance de gouverne constituée de femmes et d'hommes qui, par leur action bénévole, contribuent collectivement à l'atteinte de la mission et des objectifs de la Régie. Je profite de l'occasion pour adresser mes remerciements sincères au membre qui nous a quittés au cours de l'exercice, de même qu'aux nouveaux membres et à ceux qui s'acquittent de leur mandat depuis déjà quelques années.

Je tiens également à souligner la contribution des employés de la Régie et de leurs collaborateurs, puisque ce sont eux qui, chaque jour, bâtissent le succès de l'organisation par leur compétence et leur engagement. Sachez que, bien que nous, membres du conseil, vous côtoyions moins souvent, nous suivons vos activités avec un vif intérêt.

Enfin, au nom de tous les membres, je remercie chaleureusement tous ceux avec qui nous avons le privilège d'être associés plus régulièrement, soit le président-directeur général et son équipe de direction. Vous pouvez compter sur l'appui indéfectible du conseil dans l'atteinte d'objectifs découlant des grands enjeux en matière de santé, permettant ainsi à la Régie d'assumer pleinement son rôle auprès de la population.

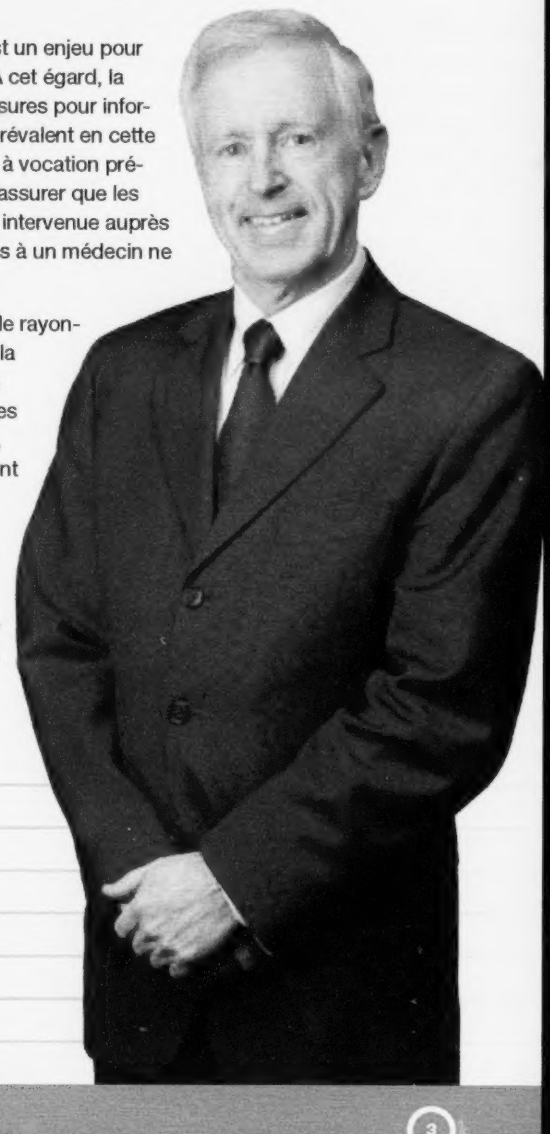
Le président du conseil d'administration,

Michel Lamontagne

Message du président-directeur général

C'est avec plaisir que je vous invite à prendre connaissance du rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice financier 2011-2012. Ce rapport présente les résultats obtenus au regard des objectifs du *Plan stratégique 2009-2013* et des engagements de la Déclaration de services aux citoyens. Il rend compte également des résultats relatifs à la gestion des ressources et à l'application de certaines politiques gouvernementales, dont celle concernant l'emploi et la qualité de la langue française et celle sur le développement durable.

Dans la poursuite des actions entreprises en vue d'améliorer les services à la clientèle, la Régie a mis en place diverses mesures de contrôle. Celles-ci sont garantes de la conformité de services offerts et ce, dans une perspective de maintenir un juste équilibre entre l'accès aux services et le contrôle. En matière d'assurance médicaments, la Régie a intensifié ses activités de communication pour mieux informer les personnes sur le régime d'assurance médicaments auquel elles doivent s'inscrire. Un service en ligne additionnel en matière d'assurance médicaments a aussi été déployé. En ce qui concerne le Dossier de santé du Québec (DSQ), le déploiement du domaine médicaments a débuté dans des pharmacies de quelques régions. Cette composante du DSQ permet notamment d'avoir accès à l'ordonnance électronique.



Par ailleurs, la facturation de frais aux personnes assurées est un enjeu pour la Régie, ce qui rejoint les préoccupations de la population. À cet égard, la Régie s'est assurée, au cours de l'année, de prendre des mesures pour informer les personnes assurées et les médecins des règles qui prévalent en cette matière. Ainsi, la Régie a mis en place une unité d'inspection à vocation préventive et éducative qui visite les cliniques médicales pour s'assurer que les règles sont bien comprises et appliquées. La Régie est aussi intervenue auprès de certaines coopératives de santé pour s'assurer que l'accès à un médecin ne soit pas conditionnel à être membre de la coopérative.

Enfin, soulignons que la Régie se démarque cette année par le rayonnement de sa démarche d'optimisation des processus selon la méthode *Lean* et par l'obtention de la certification à la norme *Entreprise en santé* qui vise la qualité de vie au travail. D'autres mandats confiés par les hautes instances gouvernementales, notamment en matière de sécurité de l'information, témoignent du dynamisme et du savoir-faire de la Régie.

Je tiens à remercier tout spécialement les employés de la Régie pour leur implication et leur rigueur au travail. Ils constituent les maillons de ce travail de qualité. Je salue également les membres du conseil d'administration pour leur engagement et leur soutien afin que nous puissions offrir une prestation de services de qualité à toutes nos clientèles.

Le président-directeur général,

Marc Giroux

Déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents

La déclaration qui suit porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité de l'information et des résultats contenus dans ce rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À notre connaissance, les renseignements figurant dans ce rapport :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats et les orientations stratégiques de l'organisme;
- présentent les cibles et les objectifs visés ainsi que les résultats atteints;
- constituent des données exactes et fiables;
- s'appuient sur des systèmes d'information et des mesures de contrôle reconnus.

En conséquence, nous déclarons que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012. De plus, les résultats présentés ont été évalués quant à leur plausibilité et ont fait l'objet d'une mission d'examen de la Direction de la vérification interne.

Le rapport a été approuvé par le conseil d'administration de la Régie.

Les membres du comité de direction,

Marc Giroux
Président-directeur général

Paul Marceau
Vice-président aux services aux personnes assurées

Richard Audet
Vice-président aux technologies de l'information

Christiane Beauchemin
Vice-présidente à la rémunération des professionnels

Jean-Guy Lemieux
Vice-président à l'administration et à la gestion de l'information

Chantal Garcia
Secrétaire générale

Sophie Vaillancourt
Directrice des services juridiques

Guy Simard
Directeur de l'actuariat et de l'analyse des programmes

Régie de l'assurance maladie du Québec
Québec, juillet 2012

Rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Président-directeur général,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et de l'information figurant au rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction de la Régie.

Notre responsabilité consiste à évaluer la plausibilité et la cohérence générale de l'information fournie, en nous basant sur le travail que nous avons mené au cours de notre examen. Ce dernier ne constitue pas une vérification.

Notre examen a été effectué conformément aux Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à utiliser des procédés analytiques, à apprécier le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser les calculs, à échanger avec les unités administratives sur l'information fournie et à leur demander des précisions au besoin.

Au terme de notre examen, nous concluons que l'information de ce rapport annuel de gestion nous paraît, à tous les égards importants, plausible et cohérente.

Louise Soucy, CPA, CA
Directrice de la vérification interne
Québec, juillet 2012

Les faits saillants

L'AMÉLIORATION DES SERVICES À LA CLIENTÈLE

Personnes couvertes par le régime d'assurance médicaments

La Régie a poursuivi la mise en œuvre des mesures prévues par le plan d'amélioration des services en assurance médicaments. Ce plan découle d'une orientation axée sur la qualité des services à la clientèle énoncée dans une politique administrative entrée en vigueur au cours de l'exercice antérieur. La Régie a ainsi intensifié ses activités de communication auprès des citoyens afin d'éviter qu'ils soient sans assurance ou inscrits à tort au régime public d'assurance médicaments.

Dans le cadre de la stratégie de communication 2011-2012, le site **www.verifiez.gouv.qc.ca** a été mis en ligne. Celui-ci permet, entre autres, aux citoyens de compléter un questionnaire afin d'identifier quel type de régime (privé ou public) leur convient. Selon le cas, le site lui indique les démarches à entreprendre. Cette mesure, et d'autres, se traduisent par une qualité accrue des services offerts aux citoyens et par une diminution du nombre de plaintes liées à la gestion de l'admissibilité à l'assurance médicaments.

Mise en œuvre du domaine « Médicaments » du Dossier de santé du Québec dans les pharmacies communautaires

Le 20 mai 2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) ont signé un protocole d'accord concernant la participation des pharmaciens propriétaires au projet du Dossier de santé du Québec. Ce protocole d'accord a permis à la Régie de planifier, avec l'AQPP et les quatre fournisseurs de systèmes informatiques utilisés en pharmacie communautaire, le déploiement du domaine médicaments.

Ainsi, en mars 2012, plus de 150 pharmacies des régions de la Capitale-Nationale, de Lanaudière et de l'Estrie peuvent utiliser le domaine médicaments. Ce dernier permet à ces pharmacies de consulter les renseignements de santé en lien avec le profil pharmacologique et de récupérer l'ordonnance électronique par l'intermédiaire de leur système informatique.

Notons également la réalisation des travaux préalables qui permet aux Agences de la santé et des services sociaux de déployer la solution du domaine médicaments dans plusieurs cliniques médicales.

Au 31 mars 2012, des renseignements sur la médication de plus de 435 000 citoyens avaient été accumulés dans la banque du domaine médicaments. Il s'agit d'une augmentation de plus de 400 000 dossiers comparativement à pareille date l'an dernier. Les renseignements sont accessibles aux intervenants autorisés des cliniques médicales et des pharmacies communautaires pour les citoyens qui n'ont pas signalé leur refus à ce que ces renseignements soient communiqués.

DES MESURES DE CONTRÔLE POUR LE RESPECT DES ENGAGEMENTS DE LA RÉGIE

Équilibre entre le service à la clientèle aux personnes assurées et le contrôle

La Régie a poursuivi l'amélioration de l'équilibre entre la qualité de ses services aux personnes assurées et les contrôles nécessaires pour détecter les cas de non-conformité dans leur dossier. Elle a privilégié une approche proactive en matière de services et de contrôle. À cette fin, son panier de services a été élargi (accueil, téléphonie, services en ligne, etc.), de l'information enrichie a été diffusée à certains groupes de la population aux moments opportuns (étapes de vie) et les moyens de contrôle ont été ciblés et gradués en fonction des risques. Les moyens utilisés ont permis de détecter des cas de non-conformité sans altérer le service aux personnes assurées.

Inspection des frais facturés aux personnes assurées

Le 7 novembre 2011, la Régie a annoncé la création d'une unité d'inspection à vocation préventive et éducative portant sur les pratiques de facturation de frais aux personnes assurées.

Par des visites d'inspection sur rendez-vous, la Régie sensibilise les médecins et leur personnel administratif aux dispositions de la Loi sur l'assurance maladie concernant la facturation de frais aux personnes assurées et l'affichage des tarifs. Toutes les cliniques médi-

cales et les coopératives de santé seront visitées d'ici les cinq prochaines années. Au 31 mars 2012, 65 visites d'inspection avaient été effectuées.

La mise sur pied de l'unité d'inspection s'inscrit dans le plan d'action de la Régie pour veiller au respect des règles de facturation en s'assurant qu'elles sont connues par les professionnels de la santé. Elle se conjugue à d'autres actions pour informer les professionnels de la santé et les personnes assurées sur ce que les premiers peuvent ou non facturer aux secondes. Depuis 2011, des renseignements sur les frais admissibles ou non à l'intention des citoyens et des professionnels de la santé sont accessibles sur le site Internet de la Régie.

La Régie considère qu'en soutenant les professionnels de la santé, elle contribuera à réduire les problèmes liés aux frais facturés à la clientèle découlant, en particulier, d'une méconnaissance des dispositions de la Loi.

Actions menées auprès des coopératives de santé

Des enquêtes ont été menées par la Régie auprès de trois coopératives de santé : Gatineau, La Prairie et Pointe-du-Lac. Il en est notamment ressorti que pour plusieurs personnes consultées lors des enquêtes, il était obligatoire d'être membre de la coopérative et de payer une cotisation annuelle pour avoir accès, ou plus rapidement accès, à un médecin, ce qui contrevient à la Loi sur l'assurance maladie. La conclusion de ces enquêtes a été communiquée aux coopératives de santé en septembre 2011. Les faits saillants et l'analyse de la Régie ont aussi été rendus publics. La Régie a également fait part des conclusions de ces enquêtes à toutes les autres coopératives de santé du Québec en décembre 2011. La position de la Régie a aussi été présentée à la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, qui a offert sa collaboration et a mené ses propres actions auprès de ses membres.

Par ailleurs, à la lumière des renseignements portés à son attention sur les pratiques de certaines coopératives de santé, la Régie a fait, en décembre 2011 et janvier 2012, des vérifications auprès de toutes les coopératives pour déterminer si elles exigeaient que la personne soit membre de la coopérative pour voir un médecin ou pour avoir un rendez-vous plus rapidement. La Régie a repéré 15 coopératives en situation d'illégalité quant à l'accessibilité à un médecin. Une mise en demeure a été envoyée à ces coopératives les sommant de cesser immédiatement cette pratique et leur demandant de faire part à la Régie des mesures prises pour corriger la situation. Un communiqué de presse a été diffusé et la liste des coopératives visées a également été publiée sur le site Internet de la Régie. Après analyse des renseignements fournis, la Régie a confirmé à chaque coopérative que les dispositions prises respectaient les principes d'accès.

LE DYNAMISME ET LE RAYONNEMENT DE LA RÉGIE

Sous-comité interministériel sur la sécurité de l'information

Dans la foulée du dépôt à l'Assemblée nationale de la *Politique-cadre sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*, la Régie s'est vu confier, par le comité sur les ressources informationnelles du Forum des sous-ministres, la responsabilité de présider un sous-comité de travail interministériel portant sur la sécurité de l'information. Dans la perspective de concrétiser les objectifs énoncés dans le nouveau cadre de gouvernance, le sous-comité devait déterminer les principaux enjeux et risques qui menacent les organisations en matière de sécurité de l'information, identifier des pistes de solution pour améliorer la sécurité de l'information au sein des organisations et proposer des moyens pour sensibiliser davantage les organisations à la sécurité de l'information.

Le sous-comité sur la sécurité de l'information, présidé par le Dr Marc Giroux, président-directeur général de la Régie, a pu réaliser cette réflexion à portée gouvernementale grâce à la contribution de représentants de 11 ministères et organismes. Pour ce faire, le sous-comité s'est inspiré des principales tendances et pratiques émergentes en sécurité de l'information tout en prenant en compte le contexte qui existe au sein des organisations publiques modernes.

Au terme des échanges, sept enjeux portant autant sur le renforcement de la confiance des citoyens et des entreprises, l'administration électronique, la cohérence de l'action gouvernementale, l'innovation technologique

que sur le développement des compétences, la maturité des organisations et la cybersécurité ont été retenus et des recommandations ont été formulées pour chacun. Le rapport du sous-comité a été déposé au Secrétaire du Conseil du trésor et a été présenté au Comité interministériel sur les ressources informationnelles le 22 mars 2012.

Certification *Entreprise en santé*

Une Entreprise en santé pour un personnel mobilisé!

La Régie est convaincue que la mobilisation et l'état de santé du personnel sont des facteurs déterminants de la qualité des services à la clientèle et de la performance de l'organisation. Désireuse de soutenir la mobilisation du personnel, elle a pris l'engagement, depuis 2010, de favoriser la qualité de vie au travail du personnel en lançant la démarche *La qualité de vie au travail, ça nous tient à cœur!*

Cette démarche a permis à la Régie d'être parmi les premiers employeurs du Québec à être certifiés à la norme *Entreprise en santé* par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) en décembre 2011.

Lors de son audit, le BNQ a notamment porté un regard sur les actions posées par la Régie en matière de pratiques de gestion, d'environnement de travail, d'équilibre travail – vie personnelle et d'habitudes de vie.

Cette certification à la norme *Entreprise en santé* est une reconnaissance objective des réalisations de la Régie. Elle s'inscrit dans la poursuite de la démarche prévue à son plan stratégique visant l'amélioration continue de la qualité de vie au travail des personnes.

Démarche d'optimisation des processus

Dans le cadre des prix d'excellence, l'Institut national d'administration publique a remis à la Régie une mention dans la catégorie « Gestion des personnes » pour son projet d'optimisation des processus des ententes de rémunération des professionnels. L'expertise de la Régie dans l'application de la méthode *Lean* a non seulement de nouveau été reconnue, mais elle a aussi inspiré le Conseil du Trésor qui envisage amorcer des projets en optimisation des processus avec certains ministères et organismes dès 2012. La Régie est sans contredit un chef de file dans le domaine!

La Régie

SECTION 1

Cette section présente la mission de la Régie et les valeurs qui y sont privilégiées. Elle fait également connaître son conseil d'administration et sa direction ainsi que leurs mandats et les principaux dossiers traités au cours de l'année 2011-2012. L'organigramme représentant la structure administrative complète la section.

Mission 13

Valeurs organisationnelles 14

Conseil d'administration 15

- La composition du conseil d'administration 15
- Le rôle et les réalisations du conseil d'administration 23
- Les comités du conseil d'administration 23
- L'assiduité des membres aux séances du conseil d'administration et des comités 25

Direction 27

- La rémunération des principaux dirigeants 28

Organigramme 30

Mission

Rouage important du système de santé québécois, la Régie de l'assurance maladie du Québec a été créée en 1969 pour mettre en place un régime public d'assurance maladie. À la base de la création de ce régime, les grands principes que sont l'universalité, la gratuité et l'équité ont guidé l'évolution de la couverture des soins et des services de santé au fil des décennies. Relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, la Régie est directement associée aux grands enjeux en matière de santé, ce qui l'amène à jouer un rôle essentiel auprès de la population[1].

D'ailleurs, sa mission témoigne de cette importance au sein du système de santé et de services sociaux :

> *La Régie administre les régimes publics d'assurance maladie et médicaments : elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure une circulation sécuritaire de l'information.*

La Régie a aussi le mandat d'administrer tout autre programme qui lui est confié. De ce fait, ses responsabilités ne cessent de croître suivant l'évolution du système de santé et de services sociaux. Elle administre aujourd'hui plus d'une quarantaine de programmes[2] touchant, par exemple, les aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive, l'exonération financière pour les services d'aide domestique et la contribution financière des adultes hébergés dans un établissement de santé.

Par ailleurs, la Régie conseille ou rémunère plus de 37 000 dispensateurs de services[3], prescripteurs[4] et professionnels de la santé, conformément, dans le cas de ces derniers, aux ententes conclues entre les fédérations médicales ou les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, la Régie rend accessible son actif informationnel au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux chercheurs et aux différents acteurs du réseau. Concrètement, cet actif regroupe un ensemble de renseignements sur la prestation et l'évolution des soins et des services de santé ainsi que sur les coûts afférents. Les données accessibles sont évidemment divulguées dans le plus grand respect de la protection des renseignements personnels.

---

1. La liste des lois et des règlements principaux appliqués par la Régie figure à l'annexe 1.
2. La liste des programmes administrés par la Régie figure à l'annexe 2.
3. Il s'agit des audioprothésistes, des centres de réadaptation en déficience physique ou visuelle, des ocularistes autorisés, des distributeurs d'aides de suppléance à l'audition, des denturologistes, des laboratoires d'orthèses-prothèses et des audiologistes.
4. En plus des professionnels de la santé, les sages-femmes et les podiatres sont aussi des prescripteurs de certains médicaments.

Valeurs organisationnelles

Le 21 novembre 2002, le gouvernement du Québec déposait à l'Assemblée nationale la Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise. Dans la foulée de cette démarche, la Régie a alors procédé à une importante réflexion à laquelle ont été associés des groupes d'employés de tous niveaux.

Fruit d'un large consensus, le choix des valeurs de l'organisation s'est porté sur le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance.

Le respect consiste en un second regard porté par un membre du personnel, lorsque nécessaire, afin de ne pas heurter inutilement les personnes concernées par un problème donné.

La responsabilité réside dans le souci et la capacité d'accomplir chaque tâche avec rigueur et d'appliquer les règles avec discernement.

L'équité s'entend comme la juste appréciation de ce qui est dû à chacun; elle ne doit pas être confondue avec l'égalité. La pratique de l'équité se traduit par le souci de rendre des décisions justes, qui s'inscrivent dans l'esprit des règles.

La vigilance commande de toujours avoir à l'esprit l'amélioration de la santé des Québécoises et des Québécois. La vigilance guide les gestes du personnel et la justesse des décisions rendues est une priorité.

Les valeurs adoptées définissent et guident le comportement du personnel dans l'accomplissement de la mission de la Régie, concourant ainsi au maintien de son excellence et de son intégrité.

Conseil d'administration

En vertu de sa loi constitutive, la Régie est administrée par un conseil d'administration composé de quinze membres nommés par le gouvernement. Chacun accomplit sa fonction d'administrateur à titre bénévole.

LA COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Me Michel Lamontagne

Président du conseil d'administration

Nommé le 21 mai 2008
Mandaté pour cinq ans
Qualifié comme membre indépendant

Administrateur de sociétés

Diplômé en droit de l'Université Laval et par la suite admis au Barreau du Québec, Me Michel Lamontagne s'est spécialisé en politique fiscale au ministère des Finances du Canada après avoir pratiqué le droit dans un cabinet d'avocats. Il a ensuite occupé plusieurs postes de responsabilité au sein de cabinets de ministres fédéraux et a fait carrière à la direction d'entreprises dans les secteurs des finances et de la santé. Depuis 2000, Me Lamontagne est actif dans le domaine du financement privé et de la formation de groupes d'investisseurs providentiels. Diplômé du Collège des administrateurs de sociétés, Me Lamontagne est administrateur professionnel de sociétés, d'organisations et d'associations. Il préside les conseils d'administration de Laboratoires New World et de Magog Technopole. Il siège au conseil d'administration de Solutions Extenway inc., de Biocéan Canada, de Conservation de la nature (section Québec), de la Fondation Famijeunes St-Henri, de la Fondation du Pensionnat du Saint-Nom-de-Marie et de la compagnie de théâtre pour enfants Bouge de là. Il a aussi été membre du conseil consultatif de régie administrative de l'Autorité des marchés financiers et est actuellement membre du comité d'examen indépendant des Fonds Landry-Morin et du Comité des mises en candidature de l'Autorité canadienne pour les enregistrements Internet. Me Lamontagne est membre du conseil d'administration de la Régie depuis le 2 mars 2005.

Dr Marc Giroux

Nommé le 21 mai 2008
Mandaté pour cinq ans

Président-directeur général
Régie de l'assurance maladie du Québec

Le Dr Marc Giroux a obtenu un doctorat en médecine de l'Université Laval en 1969. De 1970 à 1982, il a été président-directeur général et omnipraticien à la Clinique de médecine familiale d'Alma inc., puis, de 1982 à 1985, directeur des services professionnels et hospitaliers de l'Hôtel-Dieu d'Alma. Entre 1980 et 1985, il a également été président-directeur général de Câblovision Alma inc. Par ailleurs, entre 1975 et 1985, le Dr Giroux a été membre du conseil d'administration de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma, du CLSC Le Norois, de la Corporation de l'Hôtel-Dieu d'Alma et de l'Hôtel-Dieu d'Alma. De 1985 à 2002, il a travaillé à la Société de l'assurance automobile du Québec à titre de directeur des services médicaux et de la réadaptation et de directeur des politiques et programmes pour les accidentés. Le Dr Giroux a, par la suite, été directeur des affaires médicales, dentaires et optométriques à la Régie de l'assurance maladie du Québec. De 2003 à 2007, il a occupé le poste de directeur général de la rémunération des professionnels puis celui de président-directeur général par intérim de septembre 2007 à mai 2008. Depuis mai 2008, il est président-directeur général de la Régie. Le Dr Giroux est diplômé du Collège des administrateurs de sociétés. Il a été nommé de nouveau membre du conseil d'administration de Services Québec le 30 novembre 2011 et est membre de son comité de vérification.

Dr Gaétan Barrette

Membre du comité des technologies de l'information

Nommé le 14 août 2007
Nommé de nouveau le 17 novembre 2010
parmi les professionnels de la santé[5]
Mandaté pour quatre ans

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal, le Dr Gaétan Barrette a aussi obtenu un diplôme en radiologie diagnostique. En 1989, il a été reçu membre associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En plus d'exercer la radiologie vasculaire interventionnelle à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, dont il est membre actif depuis 1990, le Dr Barrette est président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec depuis le 16 novembre 2006. Il siège au conseil d'administration de cet organisme, en plus d'être membre de ceux de la Financière des professionnels et de Sogemec Assurances, qui sont deux filiales de la Fédération.

M. Réjean Bellemare

Membre du comité de vérification

Nommé le 17 novembre 2010
après consultation d'organismes représentatifs
du milieu du travail
Mandaté pour quatre ans
Qualifié comme membre indépendant

Conseiller régional
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

Titulaire d'un baccalauréat en économie, d'un diplôme en gestion de coopératives et d'une maîtrise en finance appliquée, M. Réjean Bellemare est conseiller régional pour les Laurentides et Lanaudière à la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. M. Bellemare est également diplômé du Collège des administrateurs de sociétés. Depuis 1998, il est président du conseil de la Caisse d'économie Desjardins des travailleuses et travailleurs unis. Il a également été administrateur à la Régie des rentes entre 2003 et 2010. M. Bellemare est membre du conseil d'administration de Développement international Desjardins depuis 2002 et président du comité de vérification. Depuis 2010, il siège aussi aux conseils du Centre local de développement Rivière du Nord et du Fonds de solidarité de Lanaudière.

5. Le Dr Gaétan Barrette a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.

Dr Charles Bernard

Nommé le 16 mars 2011
après consultation des ordres professionnels
du domaine de la santé
Mandaté pour quatre ans

Président-directeur général
Collège des médecins du Québec

Détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, le Dr Charles Bernard a exercé activement la médecine dans la région de Québec au cours des 35 dernières années. Entre 1986 et 1994, le Dr Bernard a notamment agi à titre de chef du Département de médecine générale de l'Hôpital Laval et a fondé la clinique médicale de l'Université Laval. Le Dr Bernard s'est également investi dans la formation de la relève médicale en participant à plusieurs comités à l'Université Laval, dont le comité d'admission de la Faculté de médecine. Depuis 1992, le Dr Bernard est administrateur du Collège des médecins du Québec et président-directeur général de l'ordre professionnel depuis 2010. À ce titre, il siège à son conseil d'administration.

M. Normand Cadieux

Nommé le 8 juin 2011
parmi les professionnels de la santé[6]

Mandaté pour quatre ans

Vice-président exécutif et directeur général
Association québécoise
des pharmaciens propriétaires du Québec

Titulaire d'un baccalauréat en pharmacie et d'une maîtrise en pharmacologie, M. Normand Cadieux est, depuis 1993, vice-président exécutif et directeur général de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires du Québec. De 1984 à 1991, il a occupé successivement les postes de directeur des ventes et de vice-président corporatif pour Médis services pharmaceutiques et de santé. Entre 1991 et 1993, il a agi à titre de consultant indépendant dans le domaine des études de marché et de l'évaluation des projets d'acquisition. M. Cadieux a siégé à divers conseils d'administration dont celui de la Société d'arthrite, de la Fondation canadienne de la pharmacie et de l'Association des pharmaciens du Canada. Il est également l'auteur de plusieurs conférences concernant le domaine pharmaceutique.

6. Monsieur Normand Cadieux a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.

Mme Solange Côté

Membre du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines

Nommée le 16 mars 2011
après consultation d'organismes représentatifs du milieu des affaires
Mandatée pour quatre ans
Qualifiée comme membre indépendant

Conseillère et coach d'affaires
Services-conseils Solange Côté

Diplômée de l'Université Laval en physiothérapie, Mme Côté a terminé la scolarité de maîtrise en administration publique et acquis plusieurs crédits du baccalauréat en psychologie. De 1991 à 2001, elle a agi comme partenaire principale au cabinet de conseillers en affaires Innovam. En 2001, elle a fondé Services-conseils Solange Côté. Mme Côté est à la fois conférencière, animatrice d'ateliers, auteure de textes sur la gestion et membre de plusieurs organismes, associations et conseils d'administration. Mme Côté siège au conseil d'administration du Comité de jumelage d'Outremont depuis 2004.

Mme Denyse Côté-Dupéré

Membre du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines

Nommée le 17 novembre 2010
après consultation d'organismes représentatifs des usagers des services de santé
Mandatée pour quatre ans
Qualifiée comme membre indépendant

Membre du comité exécutif
Office des personnes handicapées du Québec

Investie depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé et des services sociaux, Mme Côté-Dupéré a exercé depuis 1988 diverses fonctions à l'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées, dont elle a également été directrice générale. Depuis 1973, Mme Côté-Dupéré a été membre de plusieurs conseils d'administration, notamment de l'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées, du Centre des services sociaux Saguenay, du CLSC de Jonquière, de l'Association du Québec pour l'intégration sociale et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Saguenay. Depuis 1994, Mme Côté-Dupéré est membre du comité des usagers du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Elle siège également au conseil d'administration de l'Office des personnes handicapées du Québec depuis 2005 et est membre de son comité exécutif. Mme Côté-Dupéré est aussi membre du conseil d'administration du Groupement des organismes de personnes handicapées du Saguenay. Elle s'investit en outre à titre de membre du comité de gestion des risques du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement et de membre du Comité d'admissibilité au transport adapté du Saguenay.

Mme Suzanne Delisle

Présidente du comité de vérification

Nommée le 18 février 2009
après consultation d'organismes représentatifs
du milieu des affaires
Mandatée pour trois ans
Qualifiée comme membre indépendant

Directrice, gestion des opérations financières
Mouvement Desjardins

Comptable agréée et administratrice certifiée du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval, Mme Delisle est actuellement membre du comité de vérification de la Commission canadienne de l'immigration et du statut de réfugié. Elle est également membre du comité de vérification du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire du Québec. Depuis septembre 2008, elle siège au conseil d'administration de la Fondation du Centre hospitalier universitaire de Québec. Mme Delisle a siégé à plusieurs conseils, dont celui de l'Aéroport de Québec et de l'Orchestre symphonique de Québec ainsi qu'à leur comité de vérification. Elle a occupé diverses fonctions en gestion et finance dans différentes entreprises privées et publiques, dont Englobe Corporation, Sovar et BioChem Vaccins. Présentement, Mme Delisle est directrice, gestion des opérations financières à la Vice-présidence Technologies et Services partagés au Mouvement Desjardins.

Me Martyne-Isabel Forest

Présidente du comité de gouvernance,
d'éthique et de ressources humaines

Nommée le 25 juin 2008
après consultation d'organismes représentatifs
des usagers des services de santé
Mandatée pour quatre ans
Qualifiée comme membre indépendant

Conseillère en éthique clinique
et humanisation des soins
et
Avocate et médiatrice
en matières civile et commerciale

Titulaire d'une maîtrise et d'une scolarité de doctorat en droit public de l'Université de Montréal et médiatrice accréditée auprès du Barreau du Québec, Me Martyne-Isabel Forest œuvre, à l'échelle internationale, dans les domaines du droit de la santé et des personnes, du droit des aînés et des proches aidants. Elle achève le programme de Certificat universitaire de gouvernance de sociétés (Collège des administrateurs, Université Laval). Elle a cofondé le premier programme européen de formation continue en éthique appliquée (Faculté de médecine, Université de Genève). Elle possède une solide expertise dans la gestion des conflits juridiques et éthiques aux étapes du vieillissement et de la fin de la vie qui a été reconnue, notamment, par sa nomination en tant qu'experte à l'Observatoire mondial d'éthique de l'Unesco. De 2006 à 2009, elle a été mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour apprécier la qualité des soins et des services rendus aux personnes âgées vulnérables dans le contexte des visites ministérielles d'appréciation de la qualité. Elle a aussi agi en tant que vérificatrice de la conformité pour le Conseil québécois d'agrément, responsable de la certification des résidences privées pour personnes âgées. Présidente sortante de la Section du droit des aînés de l'Association du Barreau canadien, Me Forest a été administratrice de plusieurs organismes sans but lucratif dans le secteur de la santé et préside actuellement le conseil d'administration du Centre de soutien entr'Aidants. Directrice des affaires juridiques du Réseau international francophone Vulnérabilité et handicap, elle assume la présidence du comité scientifique du Congrès international *Le proche aidant... un partenaire au coeur de l'action sanitaire et sociale* (Suisse).

M. René Gagnon

Membre du comité de vérification

Nommé le 25 juin 2008
Nommé de nouveau le 23 novembre 2011
parmi les membres du conseil d'administration
d'un établissement ou d'une agence visé
par la Loi sur les services de santé et les services sociaux
Mandaté pour quatre ans

Qualifié comme membre indépendant

Directeur administratif à la Faculté de
médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en administration de l'Université de Sherbrooke, M. Gagnon est, depuis 1998, directeur administratif à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en plus d'être administrateur de la Société des médecins et directeur administratif du Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke. Il est également administrateur certifié du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval. Depuis 2006, il est membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de son comité d'allocation des ressources et de son comité de vérification. Il est également membre du comité d'éthique de ce conseil d'administration depuis 2007. M. Gagnon siège enfin au conseil d'administration de la Fondation du Musée des beaux-arts de Sherbrooke.

Mme Patricia Gauthier

Présidente du comité
des technologies de l'information

Nommée le 28 janvier 2009
parmi les membres du conseil d'administration
d'un établissement ou d'une agence visé
par la Loi sur les services de santé
et les services sociaux
Mandatée pour quatre ans
Qualifiée comme membre indépendant

Directrice générale
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Diplômée en administration des Hautes Études commerciales et détentrice d'un titre professionnel de CGA (comptable générale accréditée), Mme Gauthier possède une vaste expérience du réseau de la santé, ayant occupé, au cours des trente-sept dernières années, des postes de direction dans cinq centres hospitaliers de la région métropolitaine, dont deux CHU, soit l'Hôpital Sainte-Justine et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Entre 2008 et 2010, Mme Gauthier a été professeure associée au Département de management de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke. Elle a aussi été chargée de cours pendant quinze ans à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal au baccalauréat et à la maîtrise en administration de la santé. Mme Gauthier a également été chargée de cours à l'Unité de santé internationale de cette même université. Depuis août 2004, Mme Gauthier est directrice générale du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et Gouverneure pour la Fondation de recherche en administration de l'Université de Sherbrooke. Elle est également administratrice aux conseils d'administration de l'Université de Sherbrooke, du Pôle universitaire de Sherbrooke, de Sherbrooke Ville en santé, d'Opération Enfant Soleil, de la Fondation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Depuis juin 2010, Mme Gauthier est administratrice de sociétés certifiée du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval.

Dr Louis Godin

Membre du comité
des technologies de l'information

Nommé le 19 mars 2008
parmi les professionnels de la santé[7]
Mandaté pour quatre ans

Président-directeur général
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, le Dr Louis Godin est membre du Collège des médecins du Québec depuis 1978. Entre 1977 et 2007, il a pratiqué la médecine en cabinet privé et a été membre actif de trois départements de l'Hôtel-Dieu de Lévis. De 1990 à 2007, il a également agi à titre de médecin expert en médecine du travail pour différents organismes. Depuis le 1er janvier 2008, le Dr Godin est président-directeur général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Le Dr Godin siégeait déjà au Bureau de la FMOQ depuis 1988 et à son conseil depuis 1979. Il siège aussi au conseil d'administration de la société de services financiers Fonds FMOQ inc., qu'il préside depuis le 4 mars 2008. Depuis juin 2010, le Dr Godin est administrateur de sociétés certifié du Collège des administrateurs de sociétés.

Mme Édith Lapointe

Nommée le 23 novembre 2011
parmi les fonctionnaires du gouvernement
ou de ses organismes
Mandatée pour quatre ans

Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Détentrice d'un baccalauréat en droit et de deux scolarités de maîtrise en droit et en politique et administration et membre du Barreau depuis 1993, Mme Lapointe est sous-ministre adjointe à la Direction générale du personnel réseau et ministériel au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Entre 1998 et 2007, Mme Lapointe a occupé consécutivement les postes de négociatrice et de porte-parole du Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones. De 2007 à 2009, elle a agi successivement à titre d'adjointe au médiateur dans le dossier du renouvellement de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), puis à titre de directrice générale adjointe aux relations de travail au sein du MSSS. En 2009, elle fut également nommée directrice générale du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. Mme Lapointe a donné plusieurs conférences et formations visant divers volets juridiques (négociation, droits d'auteur, droit de la construction).

7. Le Dr Louis Godin a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.

Mme Danielle Lessard

Nommée le 10 décembre 2003
Nommée de nouveau le 25 juin 2008 après consultation des ordres professionnels du domaine de la santé
Mandatée pour trois ans

Optométriste
Institut Nazareth et Louis-Braille

Détentrice d'une licence et d'un doctorat en optométrie de l'Université de Montréal, Mme Danielle Lessard a également obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées en administration publique de l'École nationale d'administration publique. Après avoir travaillé dans différents centres comme optométriste, Mme Lessard a exercé diverses fonctions de gestion et de conseillère à l'Institut Nazareth et Louis-Braille et y travaille actuellement comme optométriste clinicienne.

Le secrétaire général de la Régie est nommé d'office secrétaire du conseil d'administration sans toutefois en être membre.

Mme Chantal Garcia

Secrétaire du conseil d'administration et conseillère en éthique

Secrétaire générale
Régie de l'assurance maladie du Québec

Titulaire d'un baccalauréat, d'une licence et d'une maîtrise en sciences de l'orientation de l'Université Laval, Mme Chantal Garcia a occupé diverses fonctions dans la fonction publique québécoise. De 2007 à 2011, Mme Garcia a successivement agi à titre de secrétaire générale adjointe et de secrétaire générale de Services Québec. À ces titres, elle a notamment été responsable de l'éthique organisationnelle, du Bureau de la qualité des services, de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels et a assumé d'autres responsabilités découlant de la Loi sur l'administration publique (planification stratégique, reddition de comptes, etc.). Mme Garcia a siégé au comité d'éthique de l'Institut de la statistique du Québec entre 2008 et 2010. Elle est également membre de la Table des directeurs de planification stratégique et du Comité interministériel de développement durable. Secrétaire générale de la Régie depuis janvier 2011, Mme Garcia y cumule les responsabilités relatives à l'éthique, à l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels ainsi qu'au soutien à la gouvernance, notamment le respect des obligations de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et de la Loi sur l'administration publique.

MEMBRE SORTANT EN 2011-2012

Membre	Date de nomination	Date de fin de mandat
M. Denis Lalumière Sous-ministre adjoint Ministère de la Santé et des Services sociaux	24 septembre 2008	23 novembre 2011

LE RÔLE ET LES RÉALISATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les principales responsabilités du conseil d'administration consistent à établir les orientations stratégiques de la Régie et à s'assurer de leur mise en application. Le conseil approuve le budget annuel de la Régie, les états financiers de la Régie et du Fonds de l'assurance médicaments, le rapport annuel de gestion ainsi que les politiques d'encadrement de la gestion des risques. Il approuve également les règles de gouvernance de la Régie.

Me Michel Lamontagne assume les responsabilités de président du conseil d'administration. À ce titre, il répond des décisions de la Régie auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux, préside les réunions du conseil, voit à son bon fonctionnement ainsi qu'à celui de ses comités statutaires et évalue la performance des membres.

Au cours de l'année 2011-2012, le conseil s'est réuni à huit reprises, incluant une réunion extraordinaire. Depuis la séance du 8 février 2012, les membres du conseil d'administration ont été initiés à l'utilisation de tablettes électroniques dans le but d'instaurer un mode de fonctionnement sans papier.

À la suite de l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration, effectuée en mars 2011, le conseil d'administration a approuvé un plan d'action visant six cibles d'amélioration. La majorité des mesures proposées dans le plan d'action ont été mises en oeuvre au cours de l'année. Au chapitre de ces mesures, mentionnons la bonification du programme d'accueil aux nouveaux membres avec l'ajout de séances d'information portant sur les différents processus décisionnels du conseil d'administration et sur les particularités du Dossier de santé du Québec. De plus, les membres ont bénéficié de conférences thématiques portant sur le Web 2.0 et les médias sociaux de même que sur l'éthique et la gouvernance. Enfin, le nouvel environnement virtuel a permis de mettre en évidence la diffusion des champs de compétences et d'expertise propres à chacun des membres, autre mesure du plan d'action 2011-2012.

À l'instar de l'exercice précédent, le conseil d'administration a privilégié une formule interactive d'évaluation de son fonctionnement et de sa performance. Les résultats permettront d'identifier les priorités d'action pour l'exercice 2012-2013.

Le président du conseil d'administration a procédé à la nomination annuelle des membres des comités pour 2011-2012 et les membres du conseil ont approuvé les plans annuels de travail 2011-2012 du conseil d'administration et de ses comités. Ils ont également approuvé les planifications et ont assuré les suivis afférents, notamment à l'égard des dossiers suivants :

- le plan d'action corporatif;
- la Déclaration de services aux citoyens;
- le *Plan de gestion intégrée des investissements*;
- le budget 2011-2012 des frais d'administration et du plan d'immobilisation de la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- la prime et les paramètres de contribution au régime public d'assurance médicaments en vigueur à compter du 1er juillet 2011;
- le *Rapport annuel de gestion 2010-2011*.

En outre, les membres ont approuvé la Politique générale sur la continuité des services et se sont également prononcés sur des dossiers structurants lesquels portaient sur :

- l'amélioration des pratiques linguistiques avec la clientèle des personnes assurées;
- la démarche d'optimisation des processus de travail;
- le bilan et les perspectives du *Plan stratégique 2009-2013*;
- les principaux contrôles en matière de rémunération des professionnels.

Au 31 mars 2012, sept membres du conseil d'administration sont diplômés à titre d'administrateurs de sociétés certifiés du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval.

LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

En vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, le conseil d'administration doit constituer un comité de vérification, un comité de gouvernance ainsi qu'un comité de ressources humaines. Il peut également constituer d'autres comités pour l'étude de questions particulières ou pour faciliter le bon fonctionnement de la Régie. Ainsi, un comité des technologies de l'information a été créé le 11 mars 2009.

Outre les mandats prévus dans la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, le Règlement intérieur de la Régie

et la charte de chacun des comités, ceux-ci exercent un rôle conseil et de vigie auprès du conseil d'administration sur les sujets qui les concernent respectivement.

En 2011-2012, tous les comités ont exercé les fonctions qui leur sont attribuées en vertu de la loi, du Règlement intérieur de la Régie et de leur charte respective.

Le comité de vérification

Le mandat du comité de vérification consiste à assurer le suivi et l'évaluation des processus de reddition de comptes et des systèmes de contrôle de la direction pour le conseil d'administration.

Sous réserve du mandat fixé par le conseil d'administration, le comité s'intéresse principalement à l'intégrité de l'information financière, à la fonction de vérification, aux états financiers, aux mécanismes de contrôle interne, à la gestion des risques et à la gestion optimale des ressources. Il a également la responsabilité d'aviser le conseil d'administration d'opérations ou de pratiques de gestion qui ne sont pas conformes aux lois, aux règlements ou aux politiques de la Régie.

Ce comité, qui compte trois membres au 31 mars 2012 et dont la présidence est assumée par Mme Suzanne Delisle, s'est réuni à six reprises au cours de l'année 2011-2012. Les principaux dossiers qui ont fait l'objet d'examen sont :

- le budget annuel 2011-2012 de la Régie et son suivi;
- le suivi de la gestion des contrats et des ententes administratives;
- les états financiers de la Régie et du Fonds de l'assurance médicaments avec le Vérificateur général du Québec;
- le *Rapport annuel de gestion 2010-2011*;
- le suivi des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance de la Régie, incluant l'étalonnage;
- la gestion intégrée des risques à la Régie;
- le suivi de la gestion des risques du rôle élargi de la Régie à l'égard du Dossier de santé du Québec (ce dossier est traité conjointement avec les membres du comité des technologies de l'information);
- la Politique générale sur la continuité des services.

Le comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines

Le mandat du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines consiste à proposer au conseil de nouvelles pratiques de gouvernance et à évaluer celles en vigueur, notamment quant au fonctionnement du conseil d'administration.

Sous réserve du mandat fixé par le conseil d'administration, le comité s'intéresse principalement aux règles et aux pratiques de gouvernance, aux questions relatives à la déontologie et à l'éthique des organisations et des administrateurs publics, à la composition du conseil et de ses comités, aux relations entre les parties prenantes à la gouvernance de la Régie ainsi qu'à l'évaluation du rendement de la performance du conseil d'administration, des comités et des membres du conseil.

Au cours de l'année 2011-2012, ce comité, qui compte trois membres au 31 mars 2012 et dont la présidence est assumée par Me Martyne-Isabel Forest, s'est réuni à quatre reprises, dont la tenue d'une réunion extraordinaire. Lors de ces rencontres, les membres se sont prononcés sur les dossiers suivants :

- la mise à jour du profil de compétence et d'expérience des membres du conseil d'administration;
- la mise à jour des instruments de gouvernance tels que la procédure d'évaluation des comités;
- la mise à jour du Règlement intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- la révision des plans annuels de travail des comités du conseil d'administration;
- l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration;
- le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

Par ailleurs, plusieurs sujets d'intérêt ont fait l'objet de présentation auprès des membres concernant le programme de préparation à la relève de gestion, la qualité de vie au travail et l'approche clientèle.

Le comité des technologies de l'information

Le mandat du comité des technologies de l'information consiste à examiner les dossiers majeurs dans le domaine des technologies de l'information à soumettre au conseil d'administration et à en assurer un suivi régulier.

Sous réserve du mandat fixé par le conseil d'administration, le comité s'intéresse principalement, en matière de technologies de l'information, aux liens avec la planification stratégique, aux projets d'investissement, aux risques liés à l'utilisation des technologies et à la continuité des opérations.

Ce comité, qui compte trois membres au 31 mars 2012 et dont la présidence est assumée par Mme Patricia Gauthier, s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année 2011-2012. Les principaux dossiers traités au cours de cette année sont :

- la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement;
- l'examen du *Plan de gestion intégrée des investissements*;
- le suivi des travaux relatifs au Dossier de santé du Québec;
- le suivi des travaux relatifs à la Refonte des système de rémunération à l'acte;
- le *Plan triennal 2011-2014 d'évolution des infrastructures technologiques*;
- les budgets d'entretien et d'évolution des applications en ressources informationnelles;
- le suivi des projets d'acquisition de biens et services technologiques.

L'ASSIDUITÉ DES MEMBRES AUX SÉANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES COMITÉS

Membres au 31 mars 2012	Conseil d'administration	Comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines	Comité de vérification	Comité des technologies de l'information
Me Michel Lamontagne	8/8			
Dr Marc Giroux	8/8			
Dr Gaétan Barrette	6/8			5/5
M. Réjean Bellemare	7/8		2/5	
Dr Charles Bernard	6/8			
Mme Solange Côté	8/8	4/4		
Mme Denyse Côté-Dupéré	7/8	4/4		
Mme Suzanne Delisle	7/8		6/6	
Mme Martyne-Isabel Forest	6/8	2/4		
M. René Gagnon	6/8		5/6	
Mme Patricia Gauthier	7/8			5/5
Dr Louis Godin	7/8			5/5
Mme Danielle Lessard	0/8			
Membres nommés en 2011-2012				
M. Normand Cadieux	5/6			
Mme Édith Lapointe	2/3			
Membre sortant en 2011-2012				
M. Denis Lalumière	3/5			

Direction

Le comité de direction est composé de huit membres représentant les quatre vice-présidences de même que le Secrétariat général, la Direction des services juridiques et la Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes. Sa présidence est assumée par le Dr Marc Giroux, président-directeur général de la Régie. La secrétaire générale agit comme secrétaire du comité.

Le comité de direction est une instance décisionnelle qui appuie le président-directeur général dans l'exercice de ses fonctions. Le comité exerce également un rôle conseil auprès du président-directeur général. De plus, il assure la cohésion entre les différentes unités administratives et la gestion des risques à l'échelle organisationnelle.

Au cours de l'année 2011-2012, dix-huit réunions ont été tenues, dont deux réunions extraordinaires. Les membres du comité de direction ont ainsi approuvé les planifications et ont assuré le suivi des affaires courantes de la Régie, notamment à l'égard des dossiers suivants :

- le *Plan de gestion intégrée des investissements*;
- la *Déclaration de services aux citoyens*;
- le plan d'action corporatif;
- le *Plan d'action 2010-2012 à l'égard des risques majeurs*;
- le *Plan d'action en gestion des ressources humaines 2011-2012*;
- le suivi budgétaire;
- le suivi des contrats d'acquisition de biens et de services;
- la planification annuelle des budgets d'entretien et d'évolution des applications en ressources informationnelles;
- le *Plan triennal 2011-2014 d'évolution des infrastructures technologiques*.

PREMIER PLAN

Sophie Vaillancourt
Directrice des services juridiques

Marc Giroux
Président-directeur général

Jean-Guy Lemieux
Vice-président à l'administration et à la gestion de l'information

SECOND PLAN

Richard Audet
Vice-président aux technologies de l'information

Christiane Beauchemin
Vice-présidente à la rémunération des professionnels

Paul Marceau
Vice-président aux services aux personnes assurées

Guy Simard
Directeur de l'actuariat et de l'analyse des programmes

Chantal Garcia
Secrétaire générale

Par ailleurs, les membres se sont également prononcés sur des dossiers stratégiques qui ont une incidence sur la gestion courante de la Régie. Ces dossiers portaient, entre autres, sur :

- le Dossier de santé du Québec;
- la sécurité de l'information;
- la refonte du site Internet;
- le Projet d'optimisation des processus;
- la qualité de vie au travail et la certification *Entreprise en santé*;
- le cadre et le plan de gestion environnementale;
- la prise en compte des principes de développement durable;
- le service à la clientèle et la stratégie de migration de la clientèle;
- les mesures de contrôle mises en place;
- la Politique générale sur la continuité des services.

LA RÉMUNÉRATION DES PRINCIPAUX DIRIGEANTS

Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État[8], le tableau suivant présente la rémunération, y compris la rémunération variable et les autres avantages, versée par la Régie à son président-directeur général et à ses vice-présidents pour l'exercice financier se terminant au 31 mars 2012.

Les salaires annuels des principaux dirigeants sont fixés par des décrets du Conseil des ministres. Conformément à la loi, les vice-présidents sont évalués par le président-directeur général, et ce dernier est évalué par le président du conseil d'administration.

RÉMUNÉRATION DES PRINCIPAUX DIRIGEANTS POUR 2011-2012

Dirigeant / Fonction	Salaire	Rémunération variable	Autres avantages	Rémunération totale
Dr Marc Giroux Président-directeur général	175 186 $	0 $	S. O.	175 186 $
M. Richard Audet Vice-président aux technologies de l'information	146 430 $	0 $	S. O.	146 430 $
Mme Christiane Beauchemin Vice-présidente à la rémunération des professionnels	146 430 $	0 $	S. O.	146 430 $
M. Jean-Guy Lemieux* Vice-président à l'administration et à la gestion de l'information	110 205 $	0 $	S. O.	110 205 $
M. Paul Marceau* Vice-président aux services aux personnes assurées	18 899 $	0 $	S. O.	18 899 $

* Le salaire annuel de monsieur Jean-Guy Lemieux est de 153 752 $. Celui-ci est entré en fonction à la Régie de l'assurance maladie du Québec le 27 juin 2011.

* Le salaire annuel de monsieur Paul Marceau est de 170 037 $. Celui-ci est entré en fonction à la Régie de l'assurance maladie du Québec le 20 février 2012.

8. L.R.Q., c. G-1.02.

BONIS AU RENDEMENT ACCORDÉS EN 2011-2012
POUR LA PÉRIODE D'ÉVALUATION DU RENDEMENT DU 1ER AVRIL 2010 AU 31 MARS 2011[9]

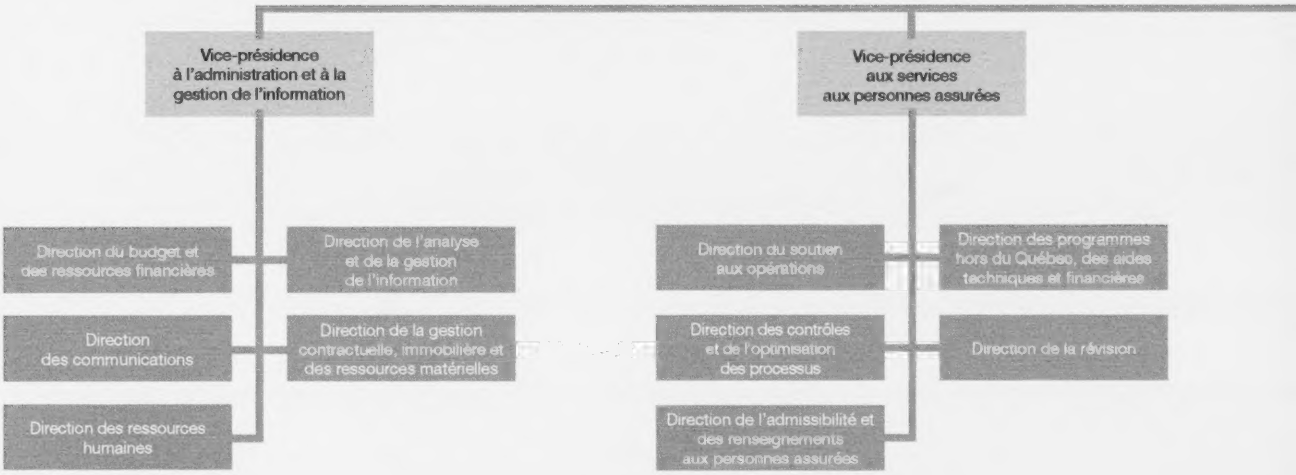
Aucun boni n'a été versé aux titulaires d'un emploi supérieur à temps plein, aux cadres de même qu'au cadre juridique au cours de la période.

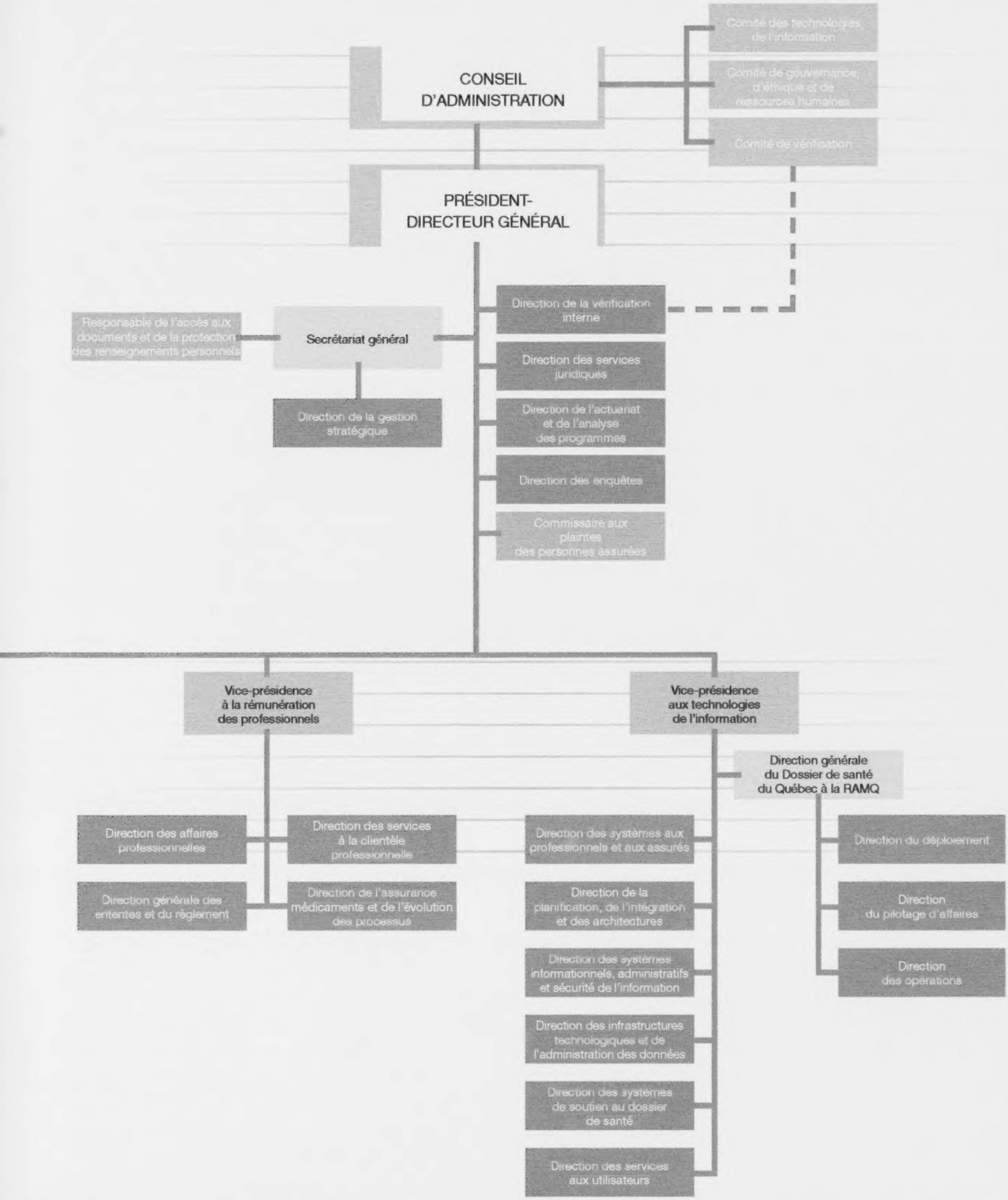
9. Décret 326-2012.

Organigramme
(au 31 mars 2012)

La Régie relève directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Son organisation administrative reflète les trois grands volets de sa mission : le service aux citoyens, la rémunération des professionnels de la santé ainsi que la gestion de l'information. Elle compte aussi des unités à mandats horizontaux, soit le secrétariat général, les technologies de l'information, les communications, les services juridiques ainsi que l'actuariat et l'analyse des programmes.

La Direction de la vérification interne donne à la Régie une assurance sur le degré de maîtrise de ses activités. La Direction des enquêtes effectue des vérifications et des enquêtes sur l'admissibilité des personnes assurées au régime d'assurance maladie et au régime public d'assurance médicaments, sur la consommation de biens et de services et sur la conformité et l'authenticité des services payés par la Régie dans le cadre de programmes qu'elle administre. Enfin, le Commissaire aux plaintes des personnes assurées est à la disposition de la population afin de représenter les intérêts de celle-ci auprès de l'administration de la Régie.





Comité des technologies de l'information
Comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines
Comité de vérification
CONSEIL D'ADMINISTRATION
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL
Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels
Secrétariat général
Direction de la gestion stratégique
Direction de la vérification interne
Direction des services juridiques
Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes
Direction des enquêtes
Commissaire aux plaintes des personnes assurées
Vice-présidence à la rémunération des professionnels
Direction des affaires professionnelles
Direction des services à la clientèle professionnelle
Direction générale des ententes et du règlement
Direction de l'assurance médicaments et de l'évolution des processus
Vice-présidence aux technologies de l'information
Direction générale du Dossier de santé du Québec à la RAMQ
Direction des systèmes aux professionnels et aux assurés
Direction de la planification, de l'intégration et des architectures
Direction des systèmes informationnels, administratifs et sécurité de l'information
Direction des infrastructures technologiques et de l'administration des données
Direction des systèmes de soutien au dossier de santé
Direction des services aux utilisateurs
Direction du déploiement
Direction du pilotage d'affaires
Direction des opérations

SECTION 2

Les résultats 2011-2012

Cette section présente d'abord les résultats des sondages faits auprès des clientèles et ceux liés aux engagements pris par la Régie dans sa *Déclaration de services aux citoyens*. Elle se poursuit avec la présentation de la démarche d'amélioration continue selon la méthode *Lean* de même qu'avec les résultats relatifs aux objectifs de son *Plan stratégique 2009-2013*. Enfin, elle fait état de la mesure d'évaluation de l'efficacité et de la performance, incluant l'étalonnage, et conclut par la présentation de la gestion intégrée des risques.

Sondages auprès des clientèles 35

Déclaration de services aux citoyens 37

- Rappel de nos engagements 37
- Résultats relatifs à la Déclaration de services aux citoyens 38

Démarche d'amélioration continue selon la méthode *Lean* 41

Plan stratégique 42

- Tableau synthèse du Plan stratégique 2009-2013 42
- Résultats à l'égard du Plan stratégique 2009-2013 44

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, incluant l'étalonnage 52

- Étalonnage 54
- Gestion intégrée des risques 57

Sondages auprès des clientèles

La mesure de la satisfaction des clientèles permet d'évaluer la performance des organisations et de vérifier que les efforts d'amélioration ont porté fruit. Les attentes des clientèles et la qualité des services, telle que perçue par celles-ci, influencent leur satisfaction. La Régie, à l'instar de plusieurs autres organisations publiques, mène des activités de sondage à ces fins. Des sondages récents procurent une lecture de la perception de trois de ses clientèles à l'égard des services qui leur sont rendus. Ces clientèles sont :

- les personnes assurées ou leur représentant ayant fait une demande de révision;
- les utilisateurs du service en ligne pour s'inscrire ou se désinscrire du régime public d'assurance médicaments;
- les personnes s'étant inscrites ou désinscrites du régime public d'assurance médicaments sans utiliser le service en ligne.

SONDAGE AUPRÈS DES PERSONNES ASSURÉES OU DE LEUR REPRÉSENTANT AYANT FAIT UNE DEMANDE DE RÉVISION

Un sondage a été réalisé du 7 au 23 juin 2011 auprès des bénéficiaires de quatre programmes, ou de leur représentant, pour lesquels la Régie avait rendu une décision à la suite d'une demande de révision.

Les programmes visés sont :

- le régime d'assurance maladie;
- le régime public d'assurance médicaments;
- la contribution financière des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- la contribution financière des adultes confiés à une ressource intermédiaire.

Les attentes de la clientèle ayant fait une demande de révision ont été obtenues. Malgré le fait que cette clientèle était insatisfaite de la première décision rendue par la Régie, 81 % des répondants au sondage étaient satisfaits des services rendus en révision. De plus, 89 % de ces répondants recommanderaient aux membres de leur famille ou à leurs amis de faire une demande de révision s'ils étaient insatisfaits d'une décision de la Régie. Enfin, la perception a été recueillie quant à la qualité des services rendus en révision. Le tableau suivant fait état des résultats obtenus à cet égard.

Qualité perçue	Pourcentage de répondants qui sont d'accord
Confidentialité	98 %
Employé poli	96 %
Obtention facile du formulaire	94 %
Respect	92 %
Décision bien expliquée et facile à comprendre	78 %
Difficulté à remplir le formulaire	24 %
Démarche simple	74 %

SONDAGE AUPRÈS DES UTILISATEURS DU SERVICE EN LIGNE PERMETTANT DE S'INSCRIRE OU DE SE DÉSINSCRIRE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Un autre sondage a été réalisé du 20 janvier au 30 mars 2012 auprès des utilisateurs du service en ligne permettant de s'inscrire ou de se désinscrire du régime public d'assurance médicaments. Une forte proportion des répondants, soit 90 %, s'est déclarée satisfaite du service. Les résultats quant à la qualité du service sont présentés dans le tableau suivant.

Qualité perçue	Pourcentage de répondants qui sont d'accord
Information facile à comprendre pour aider à utiliser le service en ligne	90 %
Facilité à trouver le service en ligne sur le site Internet de la Régie	89 %
Service en ligne facile à utiliser	89 %

Par ailleurs, la Régie a également sondé, au cours de l'automne 2011, les attentes de la clientèle qui s'inscrit ou se désinscrit du régime public d'assurance médicaments sans utiliser le service en ligne. Les deux sondages précédents sont liés à l'objectif 2 du *Plan stratégique 2009-2013*.

Déclaration de services aux citoyens

Depuis sa création, la Régie place la qualité des services aux citoyens au cœur de ses priorités. Elle met tout en œuvre pour favoriser une large accessibilité à ses services pour les personnes couvertes par le régime d'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments, et pour les professionnels de la santé.

RAPPEL DE NOS ENGAGEMENTS

Vous accueillir avec courtoisie

- Vous traiter avec considération, en vous consacrant toute l'attention nécessaire.
- Nous assurer que vous avez compris les renseignements fournis.

Vous servir avec compétence

- Vous fournir des renseignements qui répondent à vos questions.
- Vous transmettre de l'information claire, complète et exacte.

Vous offrir des services accessibles et rapides

- Vous offrir un service d'accueil téléphonique permettant de joindre un employé de la Régie.
- Respecter les délais habituels suivants :

- Personnes assurées :	- 30 minutes pour vous rencontrer lorsque vous vous présentez à nos bureaux; - 3 minutes pour répondre à votre appel téléphonique; - 14 jours pour vous expédier votre carte d'assurance maladie; - 24 heures pour vous inscrire au régime public d'assurance médicaments; - 24 heures pour répondre à une demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception considéré comme urgent; - 48 heures pour répondre à toute autre demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception.
- Plaintes :	Adressez-vous au Commissaire aux plaintes des personnes assurées. Il traitera votre demande, en toute confidentialité, en respectant les délais habituels suivants : - 2 jours ouvrables pour communiquer avec vous; - 30 jours pour répondre à votre plainte.
- Professionnels de la santé :	- 1 minute au Centre de support aux pharmaciens; - 3 minutes au Centre d'appels des professionnels.

RÉSULTATS RELATIFS À LA *DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS*

Pour réaliser sa mission, la Régie de l'assurance maladie du Québec offre différents services à la population et aux professionnels de la santé. Dans son offre de service, la Régie est animée par quatre valeurs : le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance. C'est en s'inspirant de ces valeurs que la Régie a pris des engagements envers ses clientèles. Ceux-ci sont formulés dans sa *Déclaration de services aux citoyens*, un document à caractère public. La qualité de la prestation de services est au cœur de cette déclaration. Chaque jour, le personnel déploie les efforts nécessaires pour maintenir la qualité des services à la hauteur des attentes des clientèles de la Régie.

L'information qui suit présente les résultats à l'égard des engagements de la *Déclaration de services aux citoyens* de la Régie en vigueur au 31 mars 2012.

LES RÉSULTATS À L'ÉGARD DE LA RAPIDITÉ DES SERVICES

Vous offrir des services rapides		
Services aux personnes assurées	**Délai habituel**	**Résultats 2011-2012**
Vous rencontrer lorsque vous vous présentez à nos bureaux	30 minutes	90 %
Répondre à votre appel téléphonique	3 minutes	96 %
Vous expédier votre carte d'assurance maladie	14 jours	92 %
Vous inscrire au régime public d'assurance médicaments	24 heures	100 %
Répondre à une demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception considéré comme urgent	24 heures	99 %
Répondre à toute autre demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception	48 heures	95 %
Commissaire aux plaintes des personnes assurées	**Délai habituel**	**Résultats 2011-2012**
Communiquer avec vous après réception de votre demande	2 jours ouvrables	97 %
Répondre à votre plainte	30 jours	91 %
Services aux professionnels de la santé	**Délai habituel**	**Résultats 2011-2012**
Répondre à votre appel téléphonique au Centre d'appels des professionnels	3 minutes	73 %
Répondre à votre appel téléphonique au Centre de support aux pharmaciens	1 minute	81 %

LES VOLUMES DE TRANSACTIONS RELATIFS À LA PRESTATION DE SERVICES

Services aux personnes assurées	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Entrevues aux bureaux de la Régie	158 745	169 881	186 106
Appels traités par les préposés	1 552 472	1 514 765	1 488 720
Appels traités par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	248 778	182 923	205 716
Cartes d'assurance maladie délivrées	2 218 637	2 244 513	2 254 121
Inscriptions au régime public d'assurance médicaments	430 460	410 575	434 046
Services aux professionnels de la santé	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**
Appels traités par un préposé du Centre d'appels des professionnels	76 249	79 927*	69 199
Appels traités par un préposé du Centre de support aux pharmaciens	144 795	135 907	151 827
Appels traités par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	2 417	1 740	1 361

* Depuis le 4 octobre 2010, il est à noter que les appels des agences de facturation commerciales sont exclus du calcul de la *Déclaration de services aux citoyens*.

Les engagements relatifs aux services aux personnes assurées

La Régie a pu offrir en 2011-2012 une prestation de services de grande qualité aux personnes assurées notamment en poursuivant la révision de ses façons de faire et en misant sur l'utilisation efficiente de ses ressources. Les engagements portant sur la rapidité des services ont effectivement été respectés dans des proportions variant de 90 % à 100 %. Par exemple, 96 % des appels téléphoniques ont obtenu une réponse dans un délai de 3 minutes ou moins, comparativement à 95 % en 2010-2011. De plus, 90 % des personnes assurées qui se sont présentées aux bureaux d'accueil ont été rencontrées dans un délai de 30 minutes ou moins, comparativement à 93 % en 2010-2011 : ce résultat est essentiellement attribuable à une augmentation de 10 % du nombre d'entrevues par rapport à l'exercice 2010-2011.

La performance afférente aux demandes complètes d'autorisation relatives à un médicament d'exception dépasse largement la cible établie à 80 %, et ce, malgré un nombre de demandes traitées par la Régie qui ne cesse de croître. Par ailleurs, une attention particulière est toujours accordée aux demandes d'autorisation de médicaments devant être fournis d'urgence, lesquelles ont été traitées dans un délai inférieur à 24 heures dans une proportion de 99 % des cas en 2011-2012.

Les engagements relatifs aux services aux professionnels de la santé

Les travaux d'optimisation des processus débutés l'an dernier se sont poursuivis cette année. Ils ont permis d'améliorer la performance des deux centres d'appels relativement aux engagements portant sur la rapidité des services.

Ainsi, l'engagement a été respecté au Centre de support aux pharmaciens, les préposés ayant répondu à 81 % des appels en 1 minute ou moins. Il s'agit d'une nette amélioration par rapport au résultat de l'an dernier. Cette amélioration est d'autant plus importante étant donné que près de 16 000 appels de plus ont été traités comparativement à l'année dernière.

Quant au Centre d'appels des professionnels, la performance s'est elle aussi améliorée, passant de 66 % en 2010-2011 à 73 % en 2011-2012, demeurant toutefois sous la cible établie à 80 %. Soulignons cependant que les travaux d'optimisation ont donné les résultats escomptés, permettant d'atteindre la cible à compter de décembre 2011 et ce, sur une base régulière avec une moyenne de 85 % pour les quatre derniers mois de l'année.

Les engagements relatifs aux plaintes

Lors de la prestation de services, certaines situations peuvent provoquer l'insatisfaction de personnes assurées ou de professionnels de la santé, qui ont alors la possibilité de porter plainte. Quelle que soit la plainte, un suivi personnalisé est effectué auprès de chaque citoyen ou professionnel de la santé.

Le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a pris en charge les requêtes de sa clientèle, à l'intérieur d'un délai de deux jours ouvrables dans plus de 97 % des cas. De l'ensemble de ces requêtes, 91 % de celles considérées comme des plaintes ont été traitées dans un délai de 30 jours.

En 2011-2012, le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a reçu 40 plaintes liées aux engagements de la *Déclaration de services aux citoyens*, comparativement à 59 en 2010-2011. Cette diminution est observée en ce qui a trait à l'accueil avec courtoisie et l'accessibilité des services téléphoniques.

Au cours de l'année 2011-2012, aucune plainte n'a été formulée de la part des professionnels de la santé. Le volume de plaintes reçues demeure faible et diminue au fil des ans.

LES VOLUMES DE PLAINTES TRAITÉES RELATIVES AUX ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

	Nombre de plaintes reçues relatives aux engagements de la *Déclaration de services aux citoyens*					
	Personnes assurées			Professionnels de la santé		
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Vous accueillir avec courtoisie	18	39	31	4	0	0
Vous servir avec compétence	14	6	5	0	1	0
Vous offrir des services accessibles	54	14	4	0	1	0
Vous offrir des services rapides	73	0	0	2	0	0
Total	**159**	**59**	**40**	**6**	**2**	**0**

Démarche d'amélioration continue selon la méthode *Lean*

Riche et forte du succès du projet d'optimisation des processus des ententes concernant la rémunération des professionnels réalisé de 2008 à 2010, la Régie a jeté les bases d'une nouvelle organisation du travail fondée sur une approche participative et une philosophie d'amélioration continue issues de la méthode du *Lean management*. Dès lors, la Régie a fait le choix de s'investir dans une démarche institutionnelle d'optimisation de ses processus ayant débuté en juin 2010 et qui s'échelonnera sur trois ans.

Dans cette foulée, la Régie souhaite optimiser un nombre important de processus tant administratifs qu'opérationnels. Elle désire aussi instaurer une culture d'amélioration continue notamment par la formation d'une communauté de pratique dédiée à l'optimisation de processus. Plus précisément, les objectifs suivants sont visés :

- Améliorer la prestation de services en favorisant l'allègement administratif, en préconisant des modes de fonctionnement différents et plus optimaux, basés sur une approche itérative et collaborative où le développement des personnes, leur implication et leur responsabilisation sont systématisés;
- Offrir des services de qualité au meilleur rapport qualité-prix possible en recherchant notamment la synchronisation des processus, une efficience dans l'organisation du travail et une productivité accrue;
- Miser sur l'acquisition, la rétention et la diffusion de la connaissance afin de mettre en valeur et de tirer profit du savoir-faire de l'organisation;
- Devenir une organisation apprenante par la réflexion constante sur l'optimisation de ses façons de faire et l'amélioration continue;
- Renforcer le partenariat en faisant participer les différentes clientèles de la Régie à l'optimisation des processus lorsque c'est approprié.

Depuis l'amorce de la démarche institutionnelle, 13 projets d'optimisation ont été réalisés. Par ailleurs, d'autres projets sont actuellement en cours d'optimisation. À titre d'exemple, un projet a été réalisé conjointement avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux et de la Régie. Ce projet a permis de faciliter le transfert de responsabilités de l'Institut vers la Régie. Les travaux se poursuivent en vue d'optimiser les activités d'édition de la *Liste de médicaments*. Dorénavant, sept mises à jour de la *Liste de médicaments*, plutôt que quatre, seront produites annuellement et accessibles sur Internet.

Afin d'instaurer et de renforcer la culture d'amélioration continue, plusieurs activités de communication et de gestion du changement ont également été déployées auprès du personnel. Ce mouvement d'amélioration continue permet déjà de mieux répondre aux attentes et besoins de la clientèle.

Plan stratégique

Les pages qui suivent contiennent la reddition de comptes portant sur les six objectifs stratégiques de la Régie. On y présente d'abord un tableau synthèse du *Plan stratégique 2009-2013*. Suivent les résultats relatifs aux objectifs, regroupés par orientation et par axe d'intervention.

TABLEAU SYNTHÈSE DU *PLAN STRATÉGIQUE 2009-2013*

1 Les services

ENJEU 1 L'ÉQUILIBRE ENTRE L'ACCÈS AUX SERVICES ET L'APPLICATION DE CONTRÔLES ADÉQUATS	
Orientation 1 ***OFFRIR AUX CLIENTÈLES DE LA RÉGIE DES SERVICES PLUS ACCESSIBLES, RAPIDES ET SÉCURITAIRES***	
1ER AXE D'INTERVENTION : L'ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES	
OBJECTIF 1 D'ICI 2014, OFFRIR AUX CITOYENS UNE CARTE D'ASSURANCE MALADIE PLUS EFFICACE ET SÉCURITAIRE	
	Cibles de résultats
Pourcentage de cartes délivrées	6 % en mars 2010
	30 % en mars 2011
	55 % en mars 2012
	80 % en mars 2013
OBJECTIF 2 INFORMER LES CITOYENS DES OBLIGATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET FACILITER L'ACCÈS À SES BÉNÉFICES	
Disponibilité du service en ligne d'inscription des personnes au régime public	Décembre 2010
Taux d'adhésion des personnes au service en ligne Pourcentage des inscriptions totales (excluant les inscriptions automatiques)	8 % en mars 2012 16 % en mars 2013
Proportion de citoyens qui connaissent l'obligation de détenir une assurance médicaments	80 %
Connaissance des dispositions particulières par les médecins omnipraticiens et spécialistes	
Mesure du niveau de connaissance	Mars 2010
Détermination des cibles d'amélioration	Mars 2011
Seconde mesure du niveau de connaissance	Mars 2013
2E AXE D'INTERVENTION : LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET AUTRES DISPENSATEURS	
OBJECTIF 3 APPLIQUER PLUS RAPIDEMENT LES MODIFICATIONS AUX ENTENTES DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Révision et optimisation des processus d'application des ententes	Mars 2010
Publication de la nouvelle offre de services	Mars 2011
Détermination des cibles pour les délais d'application des ententes	
Évaluation du degré d'atteinte des cibles	Mars 2013
OBJECTIF 4 REVOIR LA GESTION DES PROGRAMMES CONFIÉS, DE CONCERT AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
Les programmes d'aides techniques	
Disponibilité de services en ligne pour la facturation	1 nouveau service en mars 2011
	2 nouveaux services en mars 2012
Délai de paiement pour les programmes disposant d'un service en ligne de facturation Délai moyen actuel : 42 jours	Moins de 30 jours à compter de 2011
Les autres programmes	
Révision d'un autre programme	Mars 2013

2 Le Dossier de santé du Québec

ENJEU 2 LA CIRCULATION SÉCURITAIRE DE L'INFORMATION CLINIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ DES CITOYENS	
Orientation 2 ***RENDRE ACCESSIBLE AUX PROFESSIONNELS AUTORISÉS UNE INFORMATION CLINIQUE SÉCURISÉE***	
AXE D'INTERVENTION : LE DÉPLOIEMENT DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC	
OBJECTIF 5 — ASSURER DES SERVICES D'IDENTIFICATION DES INTERVENANTS ET DES USAGERS, AINSI QUE LA MISE EN PLACE ET LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'ACCÈS AU PROFIL PHARMACOLOGIQUE DES PATIENTS	
	Cibles de résultats
Ordonnance électronique transmise aux pharmaciens	Mars 2010
Mécanisme de mise à jour des données d'identification au Registre des usagers et de diffusion au réseau de la santé et des services sociaux	
Registre d'identification des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux	
Registre d'identification des établissements et des lieux de dispensation des soins de santé associés au DSQ	
Attribution d'un numéro d'identification unique aux nouveau-nés et aux personnes non assurées pour inscription au Registre des usagers	Mars 2011
Profil pharmacologique élargi avec les renseignements provenant des établissements publics	
Mécanisme d'authentification des intervenants « SécurSanté », simplifié et optimisé	

3 La gestion interne

ENJEU 3 LA QUALITÉ DES SERVICES DANS UN CONTEXTE DE DÉCROISSANCE DE L'EFFECTIF	
Orientation 3 ***SOUTENIR LA MOBILISATION ET L'ENGAGEMENT DES PERSONNES DANS L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION***	
AXE D'INTERVENTION : LES RESSOURCES HUMAINES	
OBJECTIF 6 — OFFRIR UN MILIEU DE TRAVAIL VALORISANT ET MOBILISATEUR, AFIN DE SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT CONTINU DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À L'ÉVOLUTION DES SERVICES	
	Cibles de résultats
Satisfaction du personnel : première mesure et détermination des cibles d'amélioration	Décembre 2009
Adoption d'un plan d'action en gestion des ressources humaines	Juin 2010
Implantation de la norme *Entreprise en santé*	Juin 2011
Satisfaction du personnel : deuxième mesure	Mars 2013

RÉSULTATS À L'ÉGARD DU *PLAN STRATÉGIQUE 2009-2013*

Le *Rapport annuel de gestion 2011-2012* rend compte des résultats atteints pour la troisième année de réalisation du *Plan stratégique 2009-2013*. Ce plan stratégique est le fruit des efforts de la haute direction, des gestionnaires et d'une partie importante du personnel de la Régie. Il confirme la volonté de la Régie d'être un partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé québécois.

Trois enjeux caractérisent le contexte dans lequel évolue la Régie et ont déterminé le choix de ses orientations stratégiques. Le premier enjeu est relatif à la prestation des services, soit de maintenir un équilibre optimal entre l'accès aux services et l'application de contrôles adéquats. Le deuxième enjeu, celui de la circulation sécuritaire de l'information clinique, est au cœur des changements technologiques, une dimension essentielle de l'évolution des soins de santé. Enfin, le maintien de la qualité des services dans un contexte de décroissance de l'effectif représente un enjeu central en matière de gouvernance, notamment sur le plan de la gestion des ressources et de l'organisation des processus de travail.

Le plan stratégique est constitué de trois orientations : la première touche la prestation des services aux clientèles, la deuxième porte sur l'implantation du Dossier de santé du Québec et la troisième traite des ressources humaines et du milieu de travail.

Pour concrétiser les orientations stratégiques de la Régie et relever les défis inhérents aux enjeux qu'elles comportent, six objectifs ont été retenus et sont axés sur des résultats concrets pour les clientèles et le citoyen. Chacun est assorti d'indicateurs et de cibles de résultats qui s'étalent généralement sur l'ensemble de la durée du plan stratégique et qui permettent d'en suivre l'évolution au fil des ans.

Les services

Enjeu 1
L'équilibre entre l'accès aux services et l'application de contrôles adéquats

Orientation 1
Offrir aux clientèles de la Régie des services plus accessibles, rapides et sécuritaires

1er axe d'intervention
L'admissibilité des personnes

Responsable du contrôle de l'admissibilité des personnes aux régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments, la Régie doit assurer aux citoyens un accès optimal aux services relatifs à la délivrance de la carte d'assurance maladie. Elle doit aussi disposer de mesures de contrôle pour que la carte soit effectivement délivrée aux personnes qui y ont droit et qu'elle soit utilisée de façon conforme par son titulaire.

Objectif 1
D'ici 2014, offrir une carte d'assurance maladie plus efficace et sécuritaire

L'équilibre entre l'accès aux services et l'application de contrôles adéquats est un enjeu majeur pour la Régie, car l'application des contrôles doit être effectuée sans altérer la qualité de ses services ni nuire à la prestation des soins de santé. Le premier objectif du plan stratégique prend en compte cet enjeu en offrant au citoyen une nouvelle carte d'assurance maladie à la fois plus efficace et plus sécuritaire.

Indicateur	Pourcentage de nouvelles cartes délivrées			
Cibles	Mars 2010 6 %	Mars 2011 30 %	Mars 2012 55 %	Mars 2013 80 %
Résultats	7,2 %	35,3 %	60,6 %	

L'ajout d'un code à barres à la carte en même temps que l'implantation d'un service en ligne ont amélioré le contrôle et la gestion de l'admissibilité des personnes. La délivrance des nouvelles cartes d'assurance maladie a débuté en janvier 2010 et progresse au rythme prévu. Au 31 mars 2012, 4 682 022 personnes admissibles l'avaient reçue.

La nouvelle carte s'étendra progressivement à toutes les personnes admissibles selon le cycle annuel régulier de renouvellement qui doit se terminer en janvier 2014. Pour les professionnels de la santé, la nouvelle carte donne accès à une information constamment mise à jour sur l'admissibilité de leur clientèle. Depuis février 2010, un service en ligne leur permet de vérifier, en temps réel, la validité de l'admissibilité d'une personne à l'assurance maladie.

Objectif 2
Informer les citoyens des obligations relatives à l'assurance médicaments et faciliter l'accès à ses bénéfices

Le deuxième objectif du plan stratégique touche un autre volet important de la prestation de services, soit celui de l'assurance médicaments. Pour beaucoup de citoyens, la nature des obligations et les modalités d'application du régime d'assurance médicaments sont méconnues. De plus, le régime prévoit des dispositions concernant les mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception. Ces mesures semblent également mal connues des médecins.

L'obligation de détenir une assurance médicaments

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, les Québécois qui ne sont pas admissibles à un régime privé doivent s'inscrire au régime public d'assurance médicaments. Plusieurs événements de vie peuvent influer sur l'admissibilité au régime public d'assurance médicaments, tels que l'entrée sur le marché du travail, la perte d'un emploi, l'arrêt des études à temps plein, une nouvelle union ou une séparation. Beaucoup de citoyens connaissent mal les modalités d'application du régime, ce qui peut entraîner des situations où une personne n'est pas inscrite au régime approprié.

Le régime général d'assurance médicaments s'appuie sur la responsabilisation du citoyen. Pour renseigner adéquatement la population et faciliter ses démarches, la Régie a approuvé une politique administrative sur la gestion de l'admissibilité à la partie publique du régime général d'assurance médicaments qui vise à s'assurer que les citoyens sont couverts par le bon régime à tout moment. En 2011-2012, le régime public couvrait environ 3,4 millions de Québécois et 434 046 nouvelles inscriptions ont été effectuées.

Un service en ligne permet au citoyen de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments (ou de s'en désinscrire) pour ainsi confirmer son statut d'assuré et bénéficier pleinement des avantages du régime. Pour la période du 1er avril 2011 au 31 mars 2012, le service a été utilisé par 73 068 personnes.

Indicateur	Taux d'adhésion des personnes au service en ligne Pourcentage des inscriptions totales (excluant les inscriptions automatiques)	
Cibles	Mars 2012 8 %	Mars 2013 16 %
Résultats	9,21 %	

La Régie mène aussi des campagnes d'information auprès des citoyens quant à leur obligation de détenir une assurance médicaments.

En 2011-2012, les activités d'information avaient pour principal objectif de faire connaître l'obligation de détenir, en tout temps, une assurance couvrant les médicaments. La stratégie consistait à présenter sur le site **www.verifiez.gouv.qc.ca** de courtes vidéos informatives associées aux différentes situations de vie qui ont une incidence sur la couverture d'assurance médicaments.

Un sondage en ligne effectué en mars 2012, soit au terme de la dernière campagne, révèle que 79 % des personnes de 18 ans et plus connaissent l'obligation de détenir une assurance médicaments. Chez les 18 à 25 ans, cette proportion est de 77 %.

Indicateur	Pourcentage de citoyens connaissant l'obligation de détenir une assurance médicaments				
Cible	80 %				
Résultats	Mars 2009 81 %	Mars 2010 83 %	Mars 2011 83 %	Mars 2012 79 %	Mars 2013

Les mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception

Les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments sont énumérés dans la *Liste de médicaments*. Cette liste est constituée de deux catégories de médicaments. La première regroupe les médicaments inscrits dans la section régulière et dont le coût est couvert par le régime général d'assurance médicaments. La deuxième catégorie regroupe les Médicaments d'exception, qui sont couverts par le régime général seulement si les conditions ou les indicateurs thérapeutiques contenus dans la liste sont respectés. Une personne pourrait se voir prescrire un médicament d'exception plutôt qu'un médicament inscrit dans la section régulière de la liste notamment en raison d'une intolérance, d'une inefficacité ou d'une contre-indication. Il est aussi possible que la condition médicale particulière d'une personne requière l'usage d'un médicament d'exception pour une autre indication que celles prévues dans la liste ou d'un médicament non inscrit sur celle-ci. Ces situations peuvent être couvertes par la mesure Patient d'exception sous certaines conditions (chronicité, gravité, dernier recours).

Ces dispositions particulières que sont les mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception pourraient être mieux connues de la part des médecins omnipraticiens et des spécialistes, comme tendent à le démontrer les résultats de deux sondages effectués entre 2008 et 2010.

LA PROPORTION DES MÉDECINS QUI DISENT CONNAÎTRE TRÈS BIEN OU ASSEZ BIEN LES MESURES D'EXCEPTION

	Proportion de médecins spécialistes		**Proportion de médecins omnipraticiens**	
	Résultats 2008-2009	**Cibles d'amélioration visées pour 2013**	**Résultats 2009-2010**	**Cibles d'amélioration visées pour 2013**
Mesure Médicaments d'exception	61,1 %	65 %	87,0 %	Maintien des acquis
Mesure Patient d'exception	21,9 %	32 %	31,9 %	40 %

Au regard des résultats obtenus, la Régie a déterminé des cibles d'amélioration du niveau de connaissance de ces dispositions particulières par les médecins. Soulignons que certaines spécialités de plusieurs médecins sondés en 2009 font en sorte qu'ils n'ont pas à prescrire de médicaments dans le cadre de leurs activités habituelles et que d'autres médecins n'ont généralement pas à recourir aux mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception. Par conséquent, les cibles d'amélioration fixées concernent surtout les médecins spécialistes qui prescrivent ce type de médicament dans le cadre de leur pratique professionnelle. À noter qu'une seconde mesure du niveau de connaissance de ces dispositions est prévue pour 2013.

En 2011-2012, la Régie a poursuivi la mise en œuvre des différents moyens privilégiés, en plus de l'information déjà diffusée, pour parvenir à améliorer le niveau de connaissance des professionnels de la santé en la matière et s'assurer qu'ils ont accès à tous les renseignements nécessaires à leur pratique. Elle a notamment adapté plusieurs formulaires leur permettant de transmettre des demandes d'autorisation pour les mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception. Cette amélioration facilite la tâche des praticiens et réduit les délais imputables à l'obtention de renseignements complémentaires, puisque les professionnels de la santé peuvent maintenant s'appuyer sur un ensemble de formulaires propres aux diverses conditions médicales visées.

2e axe d'intervention
La rémunération des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services

Les ententes de rémunération des professionnels de la santé font régulièrement l'objet de négociations entre les fédérations de médecins ou les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ceux-ci sont autant de partenaires avec lesquels la Régie a intensifié ses relations pour assurer une compréhension commune des ententes de rémunération.

Objectif 3
Appliquer plus rapidement les modifications aux ententes de rémunération des professionnels de la santé

La Régie est responsable de la mise en application de ces ententes. Pour ce faire, elle doit intégrer les modifications qui ont été convenues par les parties négociantes dans ses systèmes afin que le paiement des services médicaux rendus à la population soit conforme aux ententes. Au cours des années, ces ententes sont devenues de plus en plus complexes, le rythme des changements s'est accéléré et les attentes des parties quant aux délais d'implantation se sont accrues.

L'objectif est d'appliquer plus rapidement ces ententes de rémunération tout en simplifiant, aux professionnels de la santé, l'accès aux services et en utilisant des mesures de contrôle appropriées. L'atteinte de cet objectif passe par une révision des processus en s'appuyant sur les meilleures pratiques en organisation du travail, sur l'amélioration continue et sur la participation des employés à la définition de processus plus performants.

En 2010, la Régie a effectué des travaux d'optimisation des processus liés aux ententes de rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes de concert avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Les processus ont été révisés et de nouvelles façons de faire ont été mises en place : plus d'une trentaine d'outils et de méthodes de travail ont été élaborés ou améliorés. Soulignons que le déploiement du processus optimisé a permis à la Régie d'améliorer sa performance de 34 % en 2010-2011 et de 57 % cette année.

En renouvelant son offre de service aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes, la Régie a établi le délai qu'elle compte respecter lors de l'implantation des modifications ou des

amendements apportés aux ententes de rémunération : 40 jours ouvrables dans 80 % des cas. Bien que l'évaluation de l'atteinte de son engagement ne soit prévue que pour mars 2013, la Régie a commencé son appréciation et les résultats sont déjà concluants. En 2011-2012, le délai moyen d'application des six modifications ou amendements implantés dans les systèmes de la Régie correspond à 38 jours.

Objectif 4
Revoir la gestion des programmes confiés, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux

Les programmes d'aides techniques

La Régie administre des programmes d'aide permettant à des personnes aux prises avec des limitations fonctionnelles, des pertes d'intégrité physique ou des maladies chroniques de se procurer les aides techniques ou les fournitures médicales requises par leur état et ainsi d'améliorer leur qualité de vie et leurs possibilités d'intégration sociale. La Régie assume le coût des aides, des appareils et des services rendus dans le cadre de ces programmes.

La Régie veut répondre à une demande croissante d'aides techniques et réduire le délai moyen de paiement, notamment par des services en ligne pour traiter les demandes de paiement et par l'automatisation d'un grand nombre de transactions. Plus particulièrement, elle veut améliorer les modes de fonctionnement de quatre programmes : les aides auditives, les appareils suppléant à une déficience physique, les aides visuelles et les prothèses oculaires.

Indicateur	Pour les dispensateurs d'aides techniques Disponibilité de services en ligne pour la facturation	
Cible	Mars 2011 : 1 nouveau service en ligne	Mars 2012 : 2 nouveaux services en ligne
Résultats	**Service mis en ligne 15 mars 2011**	**1 service mis en ligne 11 octobre 2011**

Le 11 octobre 2011, la Régie a mis en ligne un service pour le programme des prothèses oculaires qui permet la transmission automatisée des demandes de paiement, élimine l'envoi systématique de pièces justificatives, optimise l'organisation du travail et, conséquemment, assure un traitement des demandes et un paiement plus rapides. Un plan de contrôle assure que les services ont été rendus et sont conformes à la réglementation et aux ententes.

Indicateur	Délai de paiement pour les programmes disposant d'un service en ligne de facturation	
Cible	Moins de 30 jours	À compter de 2011
Résultats	**Programme d'aides auditives : 8 jours Programme des prothèses oculaires : 6 jours**	

En ce qui concerne le service pour le programme d'aides auditives mis en ligne à la fin mars 2011, les délais de paiement ont été mesurés pour l'année en cours. Ils sont en deçà de la cible de 30 jours.

La Régie a également complété l'analyse des cadres législatif et réglementaire des programmes d'aides techniques : aides auditives, appareils suppléant à une déficience physique et aides visuelles. Les modifications réglementaires sont entrées en vigueur le 24 novembre 2011. Les services en ligne pour le programme d'appareils suppléant à une déficience physique seront accessibles, le 14 mai 2012, aux dispensateurs de ce programme et le 18 juin 2012 aux dispensateurs du programme des aides visuelles.

Le Dossier de santé du Québec

Enjeu 2
La circulation sécuritaire de l'information clinique au service de la santé des citoyens

Orientation 2
Rendre accessible aux professionnels autorisés une information clinique sécurisée

Axe d'intervention
Le déploiement du Dossier de santé du Québec

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un ensemble de composantes informatiques et de fonctions conçues pour faciliter l'accès fiable et en temps opportun à des renseignements de santé pour soutenir le continuum des soins et le cheminement des citoyens dans le système de santé. Ces composantes et ces fonctions permettront aux professionnels autorisés, de façon sécuritaire et confidentielle, de consulter, à distance et selon leur profil d'accès, une information qui leur est essentielle pour fournir des services et donner des soins optimaux, compte tenu des antécédents médicaux de la personne.

Les bénéfices

Pour le citoyen, les bénéfices sont multiples : amélioration de la qualité de l'évaluation clinique, diminution des délais pour la détermination des plans de soins et réduction des risques d'effets secondaires liés à des interactions médicamenteuses. Pour les professionnels de la santé, cet accès à une gamme élargie de données cliniques augmente la rapidité et l'efficacité des interventions en plus d'améliorer la prise de décision clinique ainsi que la justesse et la sûreté de la prescription de médicaments.

Objectif 5
Assurer des services d'identification des intervenants et des usagers, ainsi que la mise en place et le fonctionnement des services d'accès au profil pharmacologique des patients

Depuis les débuts du projet DSQ, la Régie travaille à la mise au point de certaines de ses composantes. Initialement, la contribution de la Régie couvrait les services du domaine du médicament (soit le profil pharmacologique des usagers et le service d'ordonnance électronique), les services des registres pour l'identification des usagers et des intervenants, et des services de sécurité.

Cependant, depuis 2010, à la suite d'une entente conclue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie prend graduellement en charge des responsabilités additionnelles. Elle s'est ainsi vu confier les responsabilités récurrentes de mettre en oeuvre, d'exploiter et de faire évoluer les fonctions et composantes qu'elle développe. Elle s'est aussi vu confier la responsabilité de composantes que d'autres organisations sont en train de mettre au point et qui sont requises pour le bon fonctionnement et la performance du DSQ, telles que la gestion du consentement et le logiciel de visualisation qui permet la consultation des données du DSQ.

Cette année, la Régie a apporté des améliorations à la fonctionnalité d'ordonnance électronique. Au 31 mars 2012, ces améliorations avaient été intégrées par quatre des cinq fournisseurs qualifiés dont les applications sont utilisées dans les groupes de médecine de famille. De plus, deux fournisseurs couvrant 91 % des pharmacies communautaires ont intégré ces améliorations à leur application. Ainsi, le cycle complet de l'information sur le médicament, de la formulation de l'ordonnance jusqu'à son exécution par un pharmacien, est soutenu par les services mis en place par la Régie.

L'intégration des renseignements provenant des pharmacies d'établissement au profil pharmacologique est reportée, la priorité dans le domaine du médicament étant accordée à l'intégration des services dans les pharmacies communautaires et dans les groupes de médecine de famille des régions du projet expérimental.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Ordonnance électronique transmise aux pharmaciens	Mars 2010	En 2011-2012, l'ordonnance électronique a été déployée dans 109 pharmacies et dans 9 cliniques médicales. L'intégration se poursuivra au rythme du déploiement.
Mécanisme de mise à jour des données d'identification au Registre des usagers et de diffusion au réseau de la santé et des services sociaux		Réalisé en mai 2010
Registre d'identification des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux		Réalisé en novembre 2010
Registre d'identification des établissements et des lieux de dispensation des soins de santé associés au DSQ		Maintien d'une solution transitoire
Attribution d'un numéro d'identification unique aux nouveau-nés et aux personnes non assurées pour inscription au Registre des usagers	Mars 2011	Réalisé en novembre 2010
Profil pharmacologique élargi avec les renseignements provenant des établissements publics		Cible reportée
Mécanisme d'authentification des intervenants « SécurSanté » simplifié et optimisé		Les allégements de processus ont été complétés en avril 2011.

La gestion interne

Enjeu 3
La qualité des services dans un contexte de décroissance de l'effectif

Orientation 3
Soutenir la mobilisation et l'engagement des personnes dans l'évolution de l'organisation

Axe d'intervention
Les ressources humaines

Les ressources humaines occupent une place centrale dans les choix stratégiques de la Régie, puisqu'elles conditionnent directement sa performance organisationnelle et les bénéfices que les citoyens en retirent. Guidée par son engagement à l'égard de la qualité de sa prestation de services aux citoyens, la Régie apporte une attention constante et un soin particulier au maintien d'un environnement de travail favorisant la mobilisation de son personnel. Consciente des défis que relèvent quotidiennement ses employés, elle demeure à l'affût des meilleures pratiques en matière de gestion des ressources humaines.

Objectif 6

Offrir un milieu de travail valorisant et mobilisateur, afin de soutenir le développement continu des compétences nécessaires à l'évolution des services

L'attraction, la rétention et la mobilisation du personnel ainsi que l'ajustement continu des compétences à l'évolution de la prestation de services représentent les éléments clés d'une stratégie qui concerne tous les gestionnaires. Un climat de travail sain et un bon état de santé sont indispensables pour soutenir et retenir le personnel dans une organisation en changement.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Satisfaction du personnel Première mesure et détermination des cibles d'amélioration	Décembre 2009	Réalisé
Adoption d'un plan d'action en gestion des ressources humaines	Juin 2010	Réalisé
Implantation de la norme *Entreprise en santé*	Juin 2011	Réalisé
Satisfaction du personnel Deuxième mesure	Mars 2013	

Depuis 2010-2011, la Régie a consolidé son engagement à l'égard du soutien à la mobilisation des personnes en mettant en place des interventions visant une démarche d'amélioration continue de la qualité de vie au travail. Alignée sur les principes de la norme *Entreprise en santé*, la démarche *Qualité de vie au travail* met en œuvre des actions au regard de quatre sphères d'activité : les pratiques de gestion, la promotion de saines habitudes de vie, l'environnement de travail et l'équilibre travail-vie personnelle.

La démarche est soutenue par les travaux d'un comité représentatif des employés, dont le rôle consiste à cerner les actions pouvant favoriser la santé et la qualité de vie au travail du personnel de la Régie. Ses travaux ont mené à l'adoption d'un plan d'action en gestion des ressources humaines pour 2010-2011 et pour 2011-2012.

Depuis décembre 2011, la Régie est certifiée à la norme *Entreprise en santé* par le Bureau de normalisation du Québec. Cette reconnaissance confirme que la Régie recourt aux meilleures pratiques organisationnelles pour favoriser la santé des employés. Aussi, la démarche se poursuit au sein de la Régie qui prévoit une seconde mesure de la satisfaction du personnel au cours de la prochaine année.

À titre d'acteur important dans le domaine de la santé au Québec, la Régie est convaincue que la démarche *Qualité de vie au travail* produira des bénéfices importants tant pour la mobilisation du personnel que pour l'accomplissement de sa mission.

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, incluant l'étalonnage

La Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02) précise au paragraphe 15 de l'article 15 que le conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec doit « adopter des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance de la société incluant l'étalonnage avec des entreprises similaires; ces mesures sont réalisées tous les trois ans par le vérificateur général ou, si ce dernier le juge approprié, par une firme indépendante, et après en avoir informé le conseil d'administration ». Une entente, signée par le président du conseil d'administration et le Vérificateur général du Québec, précise les mesures adoptées en juin 2009. Celles-ci apprécient la réalisation des mandats de la Régie, l'atteinte de ses objectifs stratégiques, le coût des produits ou des services finaux importants, le respect de ses engagements de services aux citoyens, le degré de satisfaction de la clientèle et l'atteinte des objectifs en matière de développement durable. Le tableau ci-dessous présente les mesures d'évaluation déterminées ainsi que les documents de suivi présentés au conseil d'administration ou à ses comités, la date du dernier dépôt de ces documents et la fréquence du suivi effectué.

LES MESURES D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ET DE LA PERFORMANCE ADOPTÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Fonctions et mandats	Mesures d'évaluation	Suivi	Étalonnage	Documents de suivi[10]	Date de dépôt	Fréquence
Information du public	Connaissance du régime public d'assurance médicaments	X		Rapport de sondage	Mars 2011	Annuelle
				Suivi du *Plan d'action corporatif 2009-2013*	Oct. 2011	Semestrielle
				Rapport annuel de gestion	Juin 2011	Annuelle
Contrôle de l'admissibilité des personnes	Suivi de l'atteinte des objectifs 1 et 2 du *Plan stratégique 2009-2013*	X		Suivi du *Plan d'action corporatif 2009-2013*	Oct. 2011	Semestrielle
				Rapport annuel de gestion	Juin 2011	Annuelle
Contrôle de la rémunération des professionnels de la santé et autres dispensateurs	Suivi de l'atteinte des objectifs 3 et 4 du *Plan stratégique 2009-2013*	X		Suivi du *Plan d'action corporatif 2009-2013*	Oct. 2011	Semestrielle
				Rapport annuel de gestion	Juin 2011	Annuelle
Gestion des risques majeurs	Suivi du plan de gestion des risques majeurs	X		Plan d'action à l'égard des risques majeurs	Oct. 2011	Semestrielle
Gestion des ressources humaines	Maintien de la capacité organisationnelle	X		Rapport annuel de gestion	Juin 2011	Annuelle
				Suivi du *Plan d'action corporatif 2009-2013*	Oct. 2011	Semestrielle
Objectifs stratégiques	Suivi des objectifs du *Plan stratégique 2009-2013*	X		Suivi du *Plan d'action corporatif 2009-2013*	Oct. 2011	Semestrielle
				Rapport annuel de gestion	Juin 2011	Annuelle

10. Documents déposés au conseil d'administration ou à ses comités de gouvernance.

LES MESURES D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ET DE LA PERFORMANCE ADOPTÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION (suite)

Fonctions et mandats	Mesures d'évaluation	Suivi	Étalon-nage	Documents de suivi	Date de dépôt	Fréquence
Gestion et suivi budgétaires	Assurance maladie Coût de revient des principaux produits et services		X	Mise à jour de l'étude de performance comparée réalisée en 2008	Fév. 2011	Triennale
	Assurance médicaments Coût de revient des principaux produits et services		X			
	Suivi des grands projets	X		*Plan de gestion intégrée des investissements* (PGII)	Fév. 2012	3 fois/année
Engagements de services aux citoyens	Services au comptoir	X	X	Rapport annuel de gestion	Juin 2011	Annuelle
	Délivrance de la carte d'assurance maladie			Suivi de la Déclaration de services aux citoyens	Déc. 2011	Semestrielle
	Service téléphonique					
	Autres éléments de la *Déclaration de services aux citoyens*	X		Rapport du Commissaire aux plaintes	Sept. 2011	Annuelle
Satisfaction des clientèles	Assurance maladie Satisfaction globale		X	Mise à jour de l'étude de performance comparée réalisée en 2008	Fév. 2011	Triennale
	Assurance médicaments Satisfaction globale		X	Mise à jour de l'étude de performance comparée réalisée en 2008	Fév. 2011	Triennale
Objectifs de développement durable	Suivi des objectifs du *Plan d'action de développement durable 2009-2013*	X		Rapport annuel de gestion	Juin 2011	Annuelle

ÉTALONNAGE

Un nouveau cycle d'étalonnage

Un premier cycle d'étalonnage a permis de répondre aux attentes du Vérificateur général du Québec et de situer favorablement la performance de la Régie au chapitre des frais d'administration de ses programmes, de la satisfaction des clientèles et des délais de services par rapport à des organisations comparables au Canada, aux États-Unis et en Australie.

En 2011-2012, la Régie a établi les bases d'un second cycle triennal d'étalonnage dont l'échéance est fixée en février 2014. Un ensemble de propositions ont été présentées au Vérificateur général du Québec afin de poursuivre la démarche entreprise. Celles-ci visent, entre autres, à augmenter le nombre d'organisations comparables pour pallier à l'absence de données pour certains indicateurs, à situer la performance administrative de la Régie par rapport au secteur privé et à élargir l'étalonnage à d'autres volets de la performance administrative. Ces propositions ont été favorablement accueillies par le Vérificateur général du Québec et plusieurs travaux sont déjà amorcés.

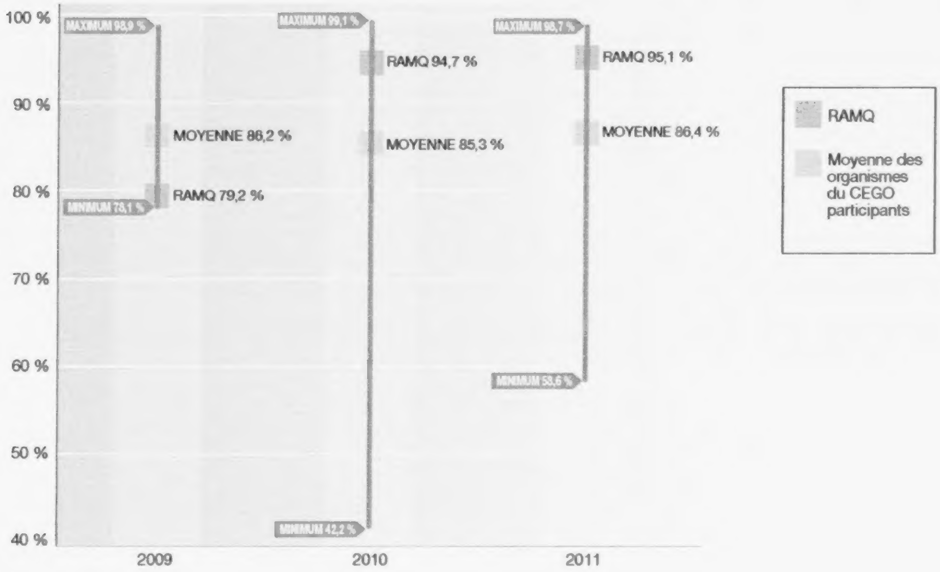
Une comparaison de la prestation de services téléphoniques avec certains organismes membres du Centre d'expertise des grands organismes

La Régie participe au groupe de travail sur l'étalonnage formé au Centre d'expertise des grands organismes (CEGO) du gouvernement du Québec. Le CEGO a été créé en 2000 dans une volonté d'amélioration des services aux citoyens par la définition et le partage des meilleures pratiques dans les domaines liés aux services à la clientèle. Bien que leurs missions respectives les distinguent, les grands organismes offrent tous des services directs à la population. Leurs règles administratives ainsi que les exigences auxquelles ils sont soumis sont sensiblement les mêmes. Enfin, les organismes du CEGO partagent la même finalité, soit celle d'offrir un service de qualité aux citoyens. C'est dans cette perspective que certains des organismes membres du CEGO ont convenu de comparer les résultats d'indicateurs liés à la prestation de services téléphoniques[11]. Les organismes participant à l'exercice d'étalonnage sont la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances, la Commission des normes du travail, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie des rentes du Québec, Revenu Québec et Services Québec.

11. Puisque les indicateurs et la méthode de calcul présentés dans cette section ont été élaborés expressément aux fins de l'exercice d'étalonnage entre les organismes membres du CEGO, ils diffèrent de la démarche (définition, méthode et cible) utilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, notamment pour la *Déclaration de services aux citoyens*.

GRAPHIQUE 1

PROPORTION DES APPELS PRIS PAR UN PRÉPOSÉ EN 3 MINUTES OU MOINS[12] (%)



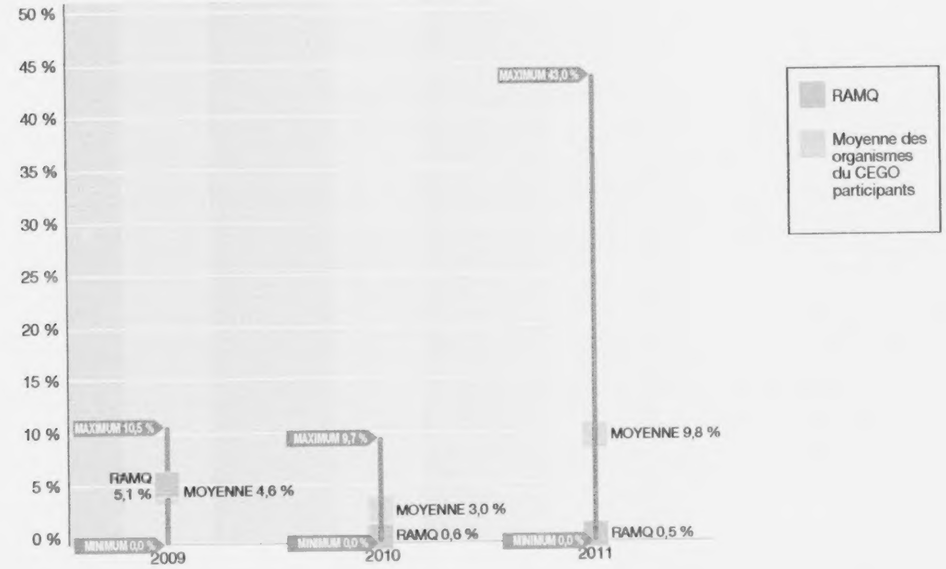
L'accessibilité des services téléphoniques

Au cours des trois dernières années, la Régie a apporté des changements importants à ses façons de faire. Plusieurs processus opérationnels ont alors été révisés et des mesures particulières ont été prises afin d'optimiser l'utilisation des ressources. Les résultats présentés ici démontrent l'efficacité des mesures mises en place. La Régie a augmenté de façon significative l'accessibilité à ses services téléphoniques et, depuis plus de deux ans, elle offre à sa clientèle une prestation de services de grande qualité.

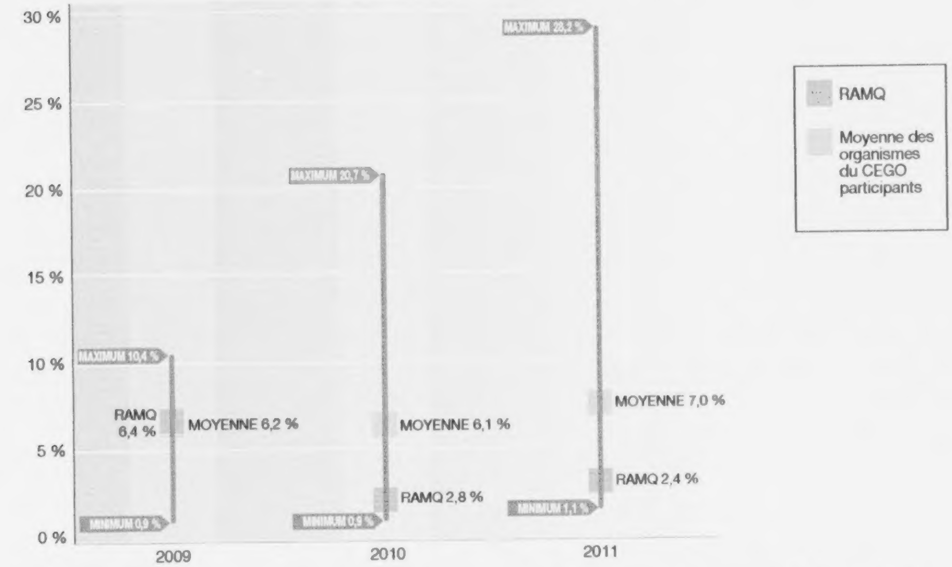
Ainsi, en 2011, 95,1 % des appels adressés à un préposé de la Régie ont été pris en moins de 3 minutes (graphique 1) pour un délai moyen d'attente de 35 secondes (graphique 4). Seulement 0,5 % des appels ont obtenu une tonalité occupée (graphique 2), alors qu'à peine 2,4 % des appels ont été abandonnés par le citoyen en cours d'attente pour parler à un préposé (graphique 3). La Régie poursuivra ses efforts d'optimisation afin de maintenir la qualité de ses services dans un contexte où de nouvelles responsabilités lui sont confiées et où la demande de services est en croissance.

12. La proportion des appels pris par un préposé correspond au nombre d'appels ayant été pris à l'intérieur de ce délai, à compter du moment où l'appel est acheminé dans une file d'attente en vue de parler à un préposé.

GRAPHIQUE 2
TAUX D'APPELS REJETÉS[13] (%)



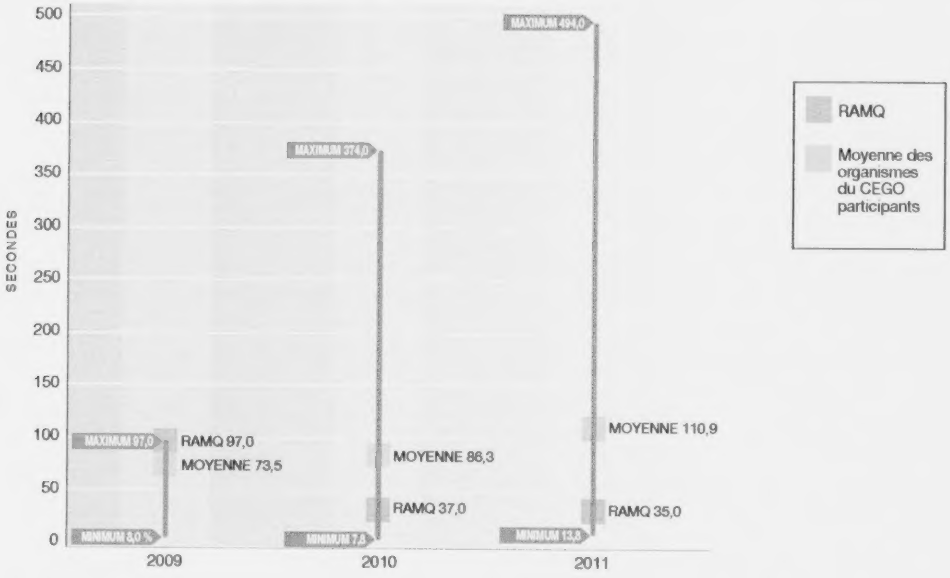
GRAPHIQUE 3
TAUX D'APPELS ABANDONNÉS[14] (%)



13. Le taux d'appels rejetés correspond à la proportion des appels qui n'ont pu être acheminés par rapport à l'ensemble des appels de la clientèle ou, en d'autres mots, aux communications non établies (tonalité occupée).

14. Le taux d'appels abandonnés correspond à la proportion des appels abandonnés par les citoyens à compter du moment où l'appel est acheminé dans une file d'attente en vue de parler à un préposé.

GRAPHIQUE 4
DÉLAI MOYEN D'ATTENTE[15] (EN SECONDES)



GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Le changement et l'incertitude sont constants dans le monde d'aujourd'hui et ils doivent être considérés de manière à ce que les meilleures décisions soient prises pour le bénéfice des citoyens et la qualité des services. La Régie pratique une gestion intégrée du risque pour optimiser sa capacité d'atteindre ses objectifs, tout en réduisant les pertes et les effets négatifs. Son application ne cherche pas uniquement à atténuer ou à éliminer les risques, mais aussi à les prendre en compte et à les contrôler de manière à favoriser de meilleurs rendements moyennant des risques jugés acceptables.

Les outils de gouvernance et de gestion

Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, la Régie dispose d'une politique générale qui définit, à l'échelle de l'organisation, la portée de la gestion intégrée des risques et précise les rôles et les responsabilités propres aux différentes instances de gestion. Cette politique énonce clairement que la Régie gère ses risques dans le respect de ses règles d'éthique et de ses valeurs, afin de préserver et de renforcer la confiance des citoyens envers l'intégrité et l'impartialité de son personnel et de maintenir des services de qualité.

La Régie a également défini un cadre de gestion intégrée des risques qui établit une démarche commune, cohérente et coordonnée dans l'ensemble de l'organisation. Il est constitué d'un ensemble structuré de renseignements et de directives sur les concepts, la méthode, le processus, la structure

15. Le délai moyen d'attente correspond au temps moyen (en secondes) qui s'écoule à compter du moment où l'appel est acheminé dans une file d'attente en vue de parler à un préposé.

de gestion et d'imputabilité, ainsi que sur l'importance de la formation continue et de la communauté des pratiques. S'appuyant sur ce cadre de gestion, chacune des vice-présidences a passé en revue l'ensemble de ses processus clés pour identifier les risques opérationnels qui peuvent leur être associés.

Le traitement des risques majeurs

La Régie considère un risque comme majeur lorsqu'il peut compromettre l'atteinte d'un ou de plusieurs objectifs stratégiques, ou affecter de façon significative les citoyens, les services à la clientèle, le fonctionnement ou la réputation de la Régie. En vertu de critères propres à la zone d'impact du risque et au degré de tolérance de la Régie, cinq risques ont été jugés majeurs par le comité de direction et font l'objet d'un plan d'action couvrant les années 2010 à 2012. Voici une brève description de l'objet de ces risques majeurs.

Risque 1 : La qualité et la continuité des services

La capacité organisationnelle de la Régie à assurer la qualité et la continuité des services à ses clientèles est soumise à un risque qui couvre trois aspects interdépendants : les ressources humaines, les volumes d'activités et les technologies. La matérialisation de ce risque peut avoir des conséquences sur le volume et la qualité de la prestation des services et affecter plusieurs clientèles, par exemple par une prolongation des délais de service auprès des personnes assurées ou par des erreurs affectant la justesse des paiements des professionnels de la santé. Des mesures additionnelles de contrôle ont été jugées nécessaires tant pour réduire le risque que pour en atténuer les conséquences.

Risque 2 : La protection des renseignements personnels

La Régie détient une quantité très importante de données confidentielles sur l'ensemble des citoyens, une situation qui l'expose à différentes sources de risques en matière de protection des renseignements personnels. La Régie a renforcé les mesures et les dispositifs de contrôle pour assurer une protection optimale. Ceux-ci se traduisent, notamment, par le renforcement de l'encadrement administratif, le respect des obligations par les mandataires et les partenaires, la gestion sécuritaire de l'accès accordé aux organismes publics et la gestion de la circulation des documents.

Risque 3 : Les manquements au droit à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments

L'accès au droit à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments comporte des risques de manquements habituellement associés à la gestion des grands programmes sociaux. Ceux-ci peuvent se matérialiser de plusieurs façons : la fraude relative à l'identité dans les services aux personnes assurées, l'obtention illégale du droit à l'assurance maladie ou la non-conformité des inscriptions à l'assurance médicaments. Les conséquences peuvent être individuelles et collectives; aussi l'action de la Régie est nécessaire non seulement pour accompagner ses clients, mais aussi pour freiner les pratiques illégales ou les situations administrativement non conformes.

Risque 4 : L'évolution des technologies de l'information en lien avec les besoins d'affaires de la Régie

Le volume considérable de la prestation des services et des banques de données afférentes fait en sorte que la performance de la Régie est étroitement liée à une gestion stratégique des technologies de l'information. Les exigences inhérentes à l'évolution technologique peuvent affecter la stabilité des opérations et entraîner une dégradation de la prestation des services aux citoyens. La vigilance est nécessaire pour planifier et mettre en œuvre des choix responsables et efficaces.

Risque 5 : La contribution accrue de la Régie au Dossier de santé du Québec

La Régie a connu au fil des ans un accroissement important de ses responsabilités dans l'implantation du Dossier de santé du Québec. Elle doit assurer des conditions optimales de réussite pour que les résultats en matière de qualité et de niveau de service correspondent aux attentes de la population et du gouvernement. Certains facteurs relatifs au cadre de gouvernance, aux technologies et à la capacité organisationnelle de la Régie peuvent avoir une incidence négative sur le succès de cette implantation et font l'objet de mesures spécifiques.

L'application de certaines politiques gouvernementales

SECTION 3

Cette section comporte des renseignements visant à satisfaire les exigences législatives et gouvernementales en matière de reddition de comptes publique à l'égard de l'accès à l'égalité en emploi, du développement durable, de l'emploi et de la qualité de la langue française dans l'Administration et du financement des services publics. Elle expose aussi les actions de la Régie concernant la protection des renseignements personnels et la sécurité de l'information. La section se termine par les mesures prises pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec.

Accès à l'égalité en emploi 63

Développement durable 67

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration 73

Financement des services publics 74

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information 76

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 79

Accès à l'égalité en emploi

Le gouvernement du Québec s'est donné des objectifs visant à promouvoir l'intégration des personnes issues de différents groupes afin que la diversité de la société québécoise soit reflétée au sein de la fonction publique. Pour atteindre ces objectifs, il a préconisé des programmes d'accès à l'égalité en emploi pour les membres de communautés culturelles, les autochtones, les anglophones et les femmes ainsi qu'un plan d'embauche pour les personnes handicapées.

LES DONNÉES GLOBALES

EFFECTIF RÉGULIER DE LA RÉGIE AU 31 MARS 2012

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Nombre d'employés réguliers	1 099	1 094	1 229

EMBAUCHE AU COURS DE LA PÉRIODE 2011-2012

	Régulier	Occasionnel	Étudiant	Stagiaire	Total
Nombre de personnes embauchées	42	153	242	26	463

LES MEMBRES DE COMMUNAUTÉS CULTURELLES, AUTOCHTONES, ANGLOPHONES ET PERSONNES HANDICAPÉES

Les taux calculés dans les tableaux suivants ne prennent en considération que les personnes ayant consenti à déclarer leur appartenance à un des groupes cibles lors de l'embauche.

TAUX D'EMBAUCHE DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES EN 2011-2012

	Embauche totale 2011-2012	Nombre d'embauches					Taux d'embauche
		Communautés culturelles	Autochtones	Anglophones	Personnes handicapées	Total	
Régulier	42	11	-	-	-	11	26,2 %
Occasionnel	153	28	-	3	4	33*	21,6 %
Étudiant	242	31	2	3	2	37*	15,3 %
Stagiaire	26	5	-	-	1	6	23,1 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.
* Une personne peut déclarer appartenir à plus d'un groupe cible

TAUX D'EMBAUCHE GLOBAL DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES PAR STATUT D'EMPLOI : RÉSULTATS COMPARATIFS

	Régulier	Occasionnel	Étudiant	Stagiaire
2009-2010	18,9 %	27,4 %	22,4 %	21,7 %
2010-2011	12,2 %	12,5 %	7,5 %	18,8 %
2011-2012	26,2 %	21,6 %	15,3 %	23,1 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES AU SEIN DE L'EFFECTIF RÉGULIER : RÉSULTATS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI À LA FIN MARS 2012

	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	-	-	19	1,5	30	2,4	10	0,8	-	-	59	4,8
Autochtones	-	-	3	0,2	–	–	1	0,1	-	-	4	0,3
Anglophones	-	-	2	0,2	7	0,6	3	0,2	-	-	12	1,0
Personnes handicapées	-	-	4	0,3	7	0,6	6	0,5	-	-	17	1,4

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES AU SEIN DE L'EFFECTIF RÉGULIER : RÉSULTATS COMPARATIFS À LA FIN MARS DE CHAQUE ANNÉE

	2010		2011		2012	
	Nombre d'employés réguliers dans le groupe cible	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier	Nombre d'employés réguliers dans le groupe cible	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier	Nombre d'employés réguliers dans le groupe cible	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier
Communautés culturelles	45	4,1 %	46	4,2 %	59	4,8 %
Autochtones	4	0,4 %	4	0,4 %	4	0,3 %
Anglophones	9	0,8 %	11	1,0 %	12	1,0 %
Personnes handicapées	18	1,6 %	15	1,4 %	17	1,4 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

LES FEMMES

TAUX D'EMBAUCHE DES FEMMES PAR STATUT D'EMPLOI EN 2011-2012

	Régulier	Occasionnel	Étudiant	Stagiaire	Total
Nombre total d'employés embauchés	42	153	242	26	463
Nombre de femmes embauchées	18	97	165	8	288
Taux d'embauche des femmes	42,9 %	63,4 %	68,2 %	30,8 %	62,2 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES FEMMES PARMI LES EMPLOYÉS RÉGULIERS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI À LA FIN MARS 2012

	Président-directeur général et vice-présidents [16]	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel ouvrier	Total
Nombre total d'employés réguliers	5	77	554	395	194	4	1 229
Nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier	1	49	281	288	163	-	782
Taux de représentativité des femmes	20,0 %	63,6 %	50,7 %	72,9 %	84,0 %	0 %	63,6 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

16. Les titulaires d'emplois supérieurs sont nommés par décret du Conseil exécutif.

LES MESURES OU ACTIONS FAVORISANT L'EMBAUCHE, L'INTÉGRATION OU LE MAINTIEN EN EMPLOI

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOYABILITÉ À L'INTENTION DES PERSONNES HANDICAPÉES (PDEIPH)

	Automne 2009 (cohortes 2010)	Automne 2010 (cohortes 2011)	Automne 2011 (cohortes 2012)
Nombre de projets soumis au Centre de services partagés du Québec dans le cadre du PDEIPH	4	2	3

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Nombre de nouveaux participants au PDEIPH accueillis du 1er avril au 31 mars	0	3	2

Développement durable

L'article 17 de la Loi sur le développement durable précise que chaque ministère et organisme doit faire état, dans son rapport annuel de gestion, de l'état d'avancement et de l'atteinte des résultats relatifs à la mise en œuvre de son plan d'action.

Le *Plan d'action de développement durable 2009-2013* de la Régie a été diffusé en avril 2009 conformément à la *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013*. Afin d'arrimer le plan d'action au *Plan stratégique 2009-2013*, l'objectif 2 du plan d'action a été modifié en 2010-2011[17].

Objectif gouvernemental 1
Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière et l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre

Objectif organisationnel 1
Sensibiliser et informer le personnel de la Régie en matière de développement durable

Action 1.1
Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

Geste	Suivi
Sensibiliser le personnel de la Régie	Réalisé Un message portant sur la Journée de l'environnement dans l'Administration publique a été communiqué au personnel le 20 avril 2011. Sous le thème « Pour une gestion responsable de nos matières résiduelles », ce message invite les gens à revoir leurs façons de faire et à préserver les ressources. Un message a aussi été diffusé, en mai 2011, à la Une de l'intranet de la Régie afin de sensibiliser le personnel au mois de l'arbre et des forêts.
Élaborer un plan de formation pour la prise en compte des principes de développement durable	Réalisé La Régie a contribué à l'élaboration d'une formation en ligne pour la prise en compte des principes de développement durable avec les membres du Centre d'expertise des grands organismes.
Déterminer, pour le 31 mars 2012, le personnel ciblé pour la formation pour la prise en compte des principes de développement durable	Réalisé Conformément à la cible gouvernementale « D'ici mars 2013, les ministères et organismes auront formé 50 % du personnel ciblé pour la prise en compte des principes de développement durable », la Régie a déterminé le personnel ciblé devant recevoir cette formation.

17. Le libellé original de l'objectif était « Favoriser la santé et la sécurité des personnes œuvrant à la Régie, et ce, dans un environnement sain » et celui de l'action, « Adopter des modes de gestion préventive en santé et en sécurité du travail ».

Cible et indicateur	Résultat de l'année
Proportion du personnel rejoint par les activités d'information et de sensibilisation, dont le taux du personnel ayant acquis une connaissance suffisante de la démarche pour la prendre en compte dans leurs activités courantes Cible : 80 % du personnel en 2011, dont 50 % ayant une connaissance suffisante de la démarche en 2013	Tous les membres du personnel ont pu être sensibilisés à la Journée de l'environnement dans l'Administration publique et au mois de l'arbre et des forêts. Les communications d'avril et de mai ont été diffusées par le biais de la Une sur le site intranet de la Régie. Au 31 mars 2012, les membres du comité de direction de la Régie, ceux du comité consultatif en développement durable de même que les conseillers en gestion stratégique ont reçu la formation pour la prise en compte des principes de développement durable.

Objectif gouvernemental 4

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement

Objectif organisationnel 2

Offrir un milieu de travail valorisant et mobilisateur

Action 2.1

Implantation de la norme Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail

Geste	Suivi
Adopter un plan d'action en gestion des ressources humaines	Réalisé Approuvé par le comité de direction le 30 mai 2011

Cible et indicateur	Résultat de l'année
Norme implantée Cible : Juin 2011	Réalisé Depuis décembre 2011, la Régie est certifiée à la norme *Entreprise en santé* par le Bureau de normalisation du Québec. Cette reconnaissance confirme que la Régie recourt aux meilleures pratiques organisationnelles pour favoriser la santé des employés, en concordance avec le principe de développement durable *Santé et qualité de vie*.

Objectif gouvernemental 6

Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux

Objectif organisationnel 3

Développer et appliquer des mesures de gestion environnementale et d'acquisitions écoresponsables

Action 3.1

Se doter d'un cadre de gestion environnementale contribuant à l'atteinte des objectifs nationaux de gestion environnementale

Geste	Suivi
Effectuer une analyse environnementale des activités de la Régie	Réalisé L'analyse environnementale a été réalisée d'avril à septembre 2011.

Cible et indicateur	Résultats de l'année
État d'avancement Cible : Cadre de gestion adopté en 2010	Le *Cadre de gestion environnementale* (CGE) a été approuvé par le comité de direction le 19 décembre 2011. La mise en œuvre du cadre de gestion permet à la Régie d'évaluer et de mesurer les conséquences de ses activités sur l'environnement et de structurer son approche de gestion environnementale dans une perspective d'amélioration continue en vue de réduire les effets dommageables de ses activités sur l'environnement. Le CGE est accompagné d'un plan de gestion environnementale qui définit les interventions à mettre en œuvre, les échéances, les rôles et les responsabilités inhérentes au bon fonctionnement du programme de gestion environnementale.

Action 3.2

Mettre en œuvre des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

Geste	Suivi
Les biens et les services	
Considérer les caractéristiques écoénergétiques et environnementales reconnues lors de l'acquisition de biens et de services	En 2011-2012, la Régie a expédié pour réutilisation 295 micro-ordinateurs portables et moniteurs désuets à l'organisme Ordinateurs pour les écoles du Québec.
Encourager les spécifications liées au développement durable et à l'environnement dans les appels d'offres	Lors de l'acquisition des imprimantes laser, le critère « Développement durable » comprenant sept exigences était intégré à l'appel d'offres. Dans le cadre de l'appel d'offres pour le changement des tours d'eau, l'article 2.9 « Gestion des déchets » spécifiait des obligations très précises. L'entrepreneur devait fournir les documents certifiant que des mesures et des procédures exhaustives de gestion des déchets, de recyclage et de réutilisation ou de réemploi de matériaux recyclables et réutilisables avaient été mises en application.
Acheter pour l'usage des employés au moins 80 % de papier fin entièrement recyclé contenant au moins 30 % de fibres postconsommation	L'ensemble du papier acheté est entièrement recyclé; 96 % de ce papier contient 100 % de fibres postconsommation et 4 % contient 30 % de fibres postconsommation.
Les technologies de l'information	
Considérer les caractéristiques écoénergétiques et environnementales reconnues lors de l'acquisition de matériel informatique	Des caractéristiques précises ont été observées dans le cadre d'un appel d'offres pour des imprimantes laser.
Déploiement des services en ligne favorisant la réduction ou l'élimination des impressions et l'utilisation optimale du papier	Un message a été communiqué aux membres du personnel le 14 novembre 2011 les avisant qu'à compter du 1er décembre 2011, l'ensemble du personnel de la Régie sera automatiquement inscrit au bulletin de paie électronique et les invitant à adhérer au site *Mon espace* du Centre de services partagés du Québec.
Les immeubles destinés à l'exercice des activités publiques	
Réduire la consommation d'eau au siège social	Réalisé Le remplacement des tours d'eau de refroidissement par de nouvelles tours plus efficaces et l'ajout d'un refroidisseur à sec sur le toit afin de permettre l'arrêt des tours durant l'hiver contribueront à réduire davantage la consommation d'eau au siège social.
Réduire la consommation d'énergie au siège social	Un message portant sur la réduction de l'éclairage en soirée dans l'édifice du siège social a été communiqué au personnel le 25 octobre 2011. Cette mesure doit permettre une diminution de la consommation d'énergie d'une valeur équivalant à 20 maisons unifamiliales québécoises.

Geste	Suivi
Favoriser le réemploi et le recyclage des matériaux dans les projets de construction et d'aménagement	Les contrats de services et de construction associés aux projets de rénovation, de construction et de réaménagement générant des matières résiduelles comprennent tous des clauses traitant de la gestion des déchets. Les exigences sont adaptées en fonction de la nature des déchets et de la quantité. Pour des projets simples avec peu de déchets ou exigeant un tri minimal, la Régie requiert du fournisseur la planification et la gestion des déchets de démolition de façon à permettre la récupération des matières. Pour les projets plus complexes, la Régie exige du fournisseur qu'il produise une documentation étoffée permettant le contrôle des processus. En 2011-2012, quatre contrats ont été accordés pour des projets de construction. Parmi ceux-ci, un ne générait aucune matière résiduelle et deux autres généraient une quantité négligeable de matières résiduelles. Celles-ci ont donc été directement recyclées ou conservées pour un usage futur par la Régie. Enfin, un dernier contrat générant une quantité plus importante de matières résiduelles intégrait des clauses associées au recyclage et au réemploi des matériaux utilisés.
Poursuivre les efforts de récupération multimatière dans les locaux occupés par la Régie	L'ensemble des sites occupés par la Régie est desservi pour la récupération multimatière.
Poursuivre l'implantation de la collecte de matières compostables au siège social, en partenariat avec la ville de Québec	Environ quatre contenants remplis de matières compostables sont recueillis chaque semaine, ce qui représente un volume annuel de 260 m^3. Le compostage des matières organiques de la Régie évite l'émission de 91 tonnes métriques de gaz à effet de serre par année, soit l'équivalent de la quantité annuelle produite par 8,5 habitants du Québec.
Le transport et les déplacements des employés de l'État	
Contribuer à l'atteinte des cibles gouvernementales notamment en matière de réduction des gaz à effet de serre (GES), de réduction de la consommation de carburant.	La Régie contribue à l'atteinte de la cible gouvernementale de réduction de la consommation de carburant lors des déplacements en favorisant le covoiturage et l'utilisation du transport en commun.
Autre	
Maintenir les activités de valorisation des aides techniques	En 2011-2012, 40 % des fauteuils roulants et des bases de positionnement attribués étaient des appareils valorisés.

Cible et indicateur	Résultat de l'année
Nombre de pratiques ou d'activités mises en œuvre Cible : Avoir mis en œuvre le nombre de mesures recommandées par les dispositions de la politique en mars 2013	En 2011-2012, la Régie a maintenu les pratiques écoresponsables mises en place en 2010-2011 afin de répondre aux exigences de la Politique administrative pour un gouvernement écoresponsable. De plus, les interventions retenues dans le cadre de son plan de gestion environnementale adopté en février 2012 tiennent compte des gestes recommandés par le Bureau de coordination du développement durable.

LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Depuis janvier 2012, plusieurs mesures visant l'amélioration de l'efficacité énergétique du bâtiment du siège social de la Régie et prévues dans le Plan de gestion environnementale 2011-2013 ont été mises en place. Ces mesures ont déjà permis une économie d'énergie de l'ordre de 5 % par rapport à la consommation d'énergie de 2003.

De plus, des interventions spécifiques sont prévues dans le plan de gestion environnementale. Leur mise en œuvre vise l'atteinte des objectifs du cadre de gestion environnementale et devrait permettre la réduction de la consommation de carburant et des émissions de GES liées aux déplacements d'affaires des employés de la Régie.

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration

Le gouvernement a démontré l'importance qu'il accorde à la promotion de la langue officielle du Québec en adoptant la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration. Cette politique, datant de novembre 1996, a été mise à jour en mars 2011 afin de refléter l'évolution des technologies de l'information et des communications tout en réaffirmant les grands principes qui l'ont fondée. Selon celle-ci, chaque ministère et organisme doit adopter une politique linguistique qui s'harmonise avec sa mission et ses caractéristiques propres.

Entrée en vigueur en décembre 2001, la politique linguistique de la Régie tient compte des orientations établies par le gouvernement. Elle a pour but d'orienter l'ensemble du personnel quant à l'application des règles à respecter relativement à l'usage du français, conformément aux dispositions prévues dans la Charte de la langue française. En 2011-2012, la Régie a entrepris les travaux de mise à jour de sa politique linguistique afin de l'harmoniser à la nouvelle politique gouvernementale.

La qualité de la langue française demeure une préoccupation à la Régie. En effet, comme l'indique sa politique linguistique, les textes destinés à une clientèle externe font l'objet d'une révision. Des dictionnaires en ligne sont, de surcroît, accessibles sur la page d'accueil du site intranet.

Les échanges portant sur la langue de communication de la Régie avec sa clientèle, notamment avec les nouveaux arrivants, se sont poursuivis avec des représentants de l'Office québécois de la langue française. Des travaux de réflexion et d'analyse ont eu cours dans l'année afin de réviser, le cas échéant, certaines des pratiques linguistiques de la Régie pour qu'elles traduisent davantage le fait que la langue française est la langue officielle du Québec. Le 30 janvier 2012, des outils de communication ont été déployés afin d'informer et de sensibiliser la clientèle des personnes assurées relativement au fait que la Régie communiquerait d'abord avec eux en français.

Financement des services publics

Dans le cadre du budget 2009-2010, le gouvernement a rendu publique la Politique de financement des services publics. Celle-ci vise, par de meilleures pratiques tarifaires, à améliorer le financement des services pour en maintenir la qualité et s'assurer de la transparence et de la reddition de comptes du processus tarifaire des ministères et organismes.

Cette politique prévoit que les ministères et organismes doivent inclure dans leur rapport annuel de gestion, depuis l'exercice 2010-2011, une reddition de comptes sur la tarification des biens et des services qu'ils fournissent à la population et aux entreprises.

Le tableau ci-dessous présente les services rendus par type de clientèle. Pour chacun d'eux, on retrouve les revenus de tarification perçus, les coûts et le niveau de financement atteint pour 2011-2012 et celui visé pour 2012-2013.

Services rendus aux personnes assurées	Revenus 2011-2012 (000 $)	Coûts 2011-2012 (000 $)	Financement 2011-2012 (%)		Financement visé pour 2012-2013 (%)
			Visé	Réel	
Remplacement de la carte d'assurance maladie perdue, volée ou endommagée et renouvellement de la carte d'assurance maladie expirée depuis plus de six mois	2 398 $	3 518 $	70 %	68 %	80 %
Prise de photo	951 $	1 203 $	88 %	79 %	90 %
Total des services rendus aux personnes assurées	**3 349 $**	**4 721 $**			

En 2007, la Régie a implanté un système de gestion par activités permettant d'avoir une meilleure connaissance des coûts. Ainsi, une révision tarifaire basée sur les coûts complets des biens et des services a été effectuée et une modification réglementaire a été approuvée en 2011-2012. L'entrée en vigueur des nouveaux tarifs au 1er mars 2012, soit en fin d'année, explique que le pourcentage de financement visé n'a pas été atteint. Il est prévu que les tarifs seront révisés annuellement. Les niveaux de financement visés pour 2012-2013 sont fixés à 80 % et à 90 % respectivement pour le remplacement de la carte d'assurance maladie et la prise de photo. Ces niveaux permettent ainsi une progression graduelle des tarifs chargés aux personnes assurées.

Services rendus aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services	Revenus 2011-2012 (000 $)	Coûts 2011-2012 (000 $)	Financement 2011-2012 (%)		Financement visé pour 2012-2013 (%)
			Visé	Réel	
Formulaires, manuels, saisie de demandes de paiement papier des médecins et recherche de renseignements ou copie de documents	486 $	486 $	100 %	100 %	100 %

Pour les services rendus aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services, les tarifs ont été indexés au 1er janvier 2012 comme le prévoit la Loi sur l'administration financière. La méthode de fixation des tarifs est basée sur les coûts. Les tarifs sont indexés selon l'indice des prix à la consommation au 1er janvier de chaque année, comme le prévoit la loi.

Services rendus aux chercheurs, aux compagnies pharmaceutiques et entreprises en information de santé	Revenus 2011-2012 (000 $)	Coûts 2011-2012 (000 $)	Financement 2011-2012 (%)		Financement visé pour 2012-2013 (%)
			Visé	Réel	
Information détenue en santé et services sociaux	1 244 $	2 576 $	45 %	48 %	50 %

Pour les services rendus aux chercheurs, aux compagnies pharmaceutiques et aux entreprises en information de santé, les tarifs ont été indexés au 1er avril 2011. La révision tarifaire a débuté en 2010-2011 et les nouveaux tarifs basés sur les coûts complets seront implantés progressivement au cours des exercices suivants. Ils seront ensuite révisés annuellement au 1er avril de chaque année. Le niveau de financement visé pour 2012-2013 est de 50 %. Ce niveau de financement vise à soutenir les travaux des partenaires de la Régie dans le réseau de la santé et des services sociaux.

En 2011-2012, la Régie de l'assurance maladie du Québec n'a offert aucun nouveau bien ou service tarifé et n'a relevé aucun service pouvant être tarifé prochainement.

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information

Le maintien de la qualité des services offerts par la Régie de l'assurance maladie du Québec, et par conséquent de la confiance de ses clients et partenaires, requiert de garantir le caractère confidentiel des renseignements personnels qu'elle recueille et utilise. La Régie prend toutes les mesures de sécurité nécessaires pour assurer l'entier contrôle de l'accès, de l'utilisation, de la conservation et de la divulgation de ces renseignements ainsi que l'intégrité et la disponibilité de l'information qu'elle détient.

LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Régie, à l'instar de tous les organismes publics, est soumise à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Par ailleurs, la Loi sur l'assurance maladie établit un régime particulier de confidentialité relativement aux renseignements détenus par la Régie. Ce régime impose le respect de règles plus restrictives en matière de confidentialité que la Loi sur l'accès, puisqu'il prévoit explicitement tous les renseignements dont la divulgation est autorisée, les personnes et les organismes à qui ils peuvent être communiqués ainsi que l'objectif de la communication.

La protection des renseignements personnels a été évaluée comme l'un des cinq risques majeurs dans le *Plan d'action 2010-2012 à l'égard des risques majeurs*. À cet effet, le risque qu'une information personnelle et confidentielle soit divulguée ou soit accessible à des personnes non autorisées demeure au cœur des préoccupations de la Régie. Afin de veiller à la protection des renseignements détenus, la Régie met l'accent sur la sensibilisation et la formation des employés.

Ainsi, la Régie diversifie ses actions pour répondre à ses obligations et prévenir les risques en matière de protection des renseignements personnels, entre autres avec la signature d'un formulaire d'engagement à la confidentialité lors de l'arrivée d'un nouvel employé à la Régie. De plus, lors des séances d'accueil des nouveaux employés, plusieurs thématiques sont abordées, dont la protection des renseignements personnels.

De même, une semaine consacrée à la sensibilisation à la protection des renseignements personnels ayant pour thème *Au boulot comme à l'extérieur du bureau, porte le bon chapeau!* a permis aux employés de participer à différentes activités afin d'en apprendre davantage et de mettre à jour leurs connaissances sur la protection des renseignements personnels et l'éthique. Au total, 225 personnes ont participé aux 8 présentations offertes et près de 600 personnes ont consulté le site intranet de la Régie pendant cette campagne de sensibilisation tenue en novembre 2011.

En matière de formation, des activités de diffusion de contenus généraux ou spécifiques sont également offertes. Au cours de l'année 2011-2012, six formations ont été réalisées afin de répondre à des besoins spécifiques de certaines unités de la Régie. De plus, les répondants en protection des renseignements personnels désignés au sein des différents secteurs de l'organisation peuvent bénéficier d'une formation générale. Ils ont également été conviés à participer au congrès annuel de l'Association sur l'accès et la protection de l'information.

Conformément au Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels, la Régie a rendu accessibles sur son site Internet les documents ou les renseignements prévus par ledit règlement. Elle s'est également dotée d'un comité sur l'accès à l'information, la protection des renseignements personnels et l'éthique dont les travaux sont coordonnés par le président-directeur général de la Régie. Ce comité est notamment responsable de définir et d'approuver les grandes orientations en matière de protection des renseignements personnels, de veiller à la conformité de la Régie aux recommandations émises par la Commission d'accès à l'information du Québec et de planifier et d'assurer des activités de sensibilisation. Les membres du comité se sont réunis à deux reprises au cours de l'année. Les rencontres du comité ont donné lieu

à la présentation de plusieurs sujets d'actualité dont le bilan gouvernemental de la mise en œuvre du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels de même que les faits saillants du rapport quinquennal de la Commission d'accès à l'information rendu public en septembre 2011. Au chapitre de l'éthique organisationnelle, les membres ont approuvé la politique sur l'utilisation éthique des sondages et ont pu échanger sur la vision de l'éthique et des valeurs à la Régie.

LES DEMANDES D'ACCÈS

En 2011-2012, le responsable de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels a répondu à 125 demandes d'accès à l'information dont 58 demandes d'accès à des documents administratifs et 67 demandes d'accès à des renseignements personnels. Cent dix demandes d'accès ont été traitées dans un délai de vingt jours et quinze demandes ont été traitées dans un délai de trente jours.

De ces 58 demandes d'accès à des documents administratifs, 16 ont été acceptées, 8 ont été partiellement refusées et 34 ont été refusées[18]. Parmi les 67 demandes d'accès à des renseignements personnels, 29 ont été acceptées, 27 ont été partiellement refusées et 11 ont été refusées[19]. Aucune demande d'accès n'a entraîné de mesures d'accommodement raisonnable.

Enfin, parmi les 125 demandes d'accès à l'information, 2 ont entraîné une demande de révision à la Commission d'accès à l'information du Québec, lesquelles ont abouti à un désistement.

LA SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

La Régie est également assujettie à la Directive sur la sécurité de l'information gouvernementale ayant pour objet d'établir une vision commune et d'assurer la cohérence et la coordination des interventions en cette matière. Cette directive fixe les objectifs à atteindre, énonce les principes directeurs devant être appliqués pour assurer cette sécurité. Elle désigne aussi les intervenants concernés, tout en précisant leurs rôles et leurs responsabilités, et prévoit l'instauration de mécanismes de coordination de l'action gouvernementale.

Le comité de sécurité de l'information, présidé par le responsable de la sécurité de l'information de la Régie, a pour principal objectif d'appuyer le responsable de la sécurité de l'information afin de favoriser une vision globale et uniforme de la sécurité de l'information au sein de l'organisation. Ce comité s'est réuni à cinq reprises en 2011-2012.

Ainsi, la Régie utilise des actions diversifiées pour répondre à ses obligations en matière de sécurité de l'information dont la signature par tout nouvel employé d'une déclaration relative au respect des mesures visant la sécurité de l'information. À l'instar des activités réalisées en matière de protection des renseignements personnels, des activités régulières de sensibilisation sont tenues afin de rap-

18. Le refus des demandes d'accès à des documents administratifs est justifié par les articles 1, 9, 14, 15, 21, 22, 29, 31, 34, 37, 38, 39, 41, 45, 48, 53, 57, 86.1, 87 et 88 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

19. Le refus des demandes d'accès à des renseignements personnels est justifié par les articles 1, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 29, 32, 37, 39, 48, 53, 57, 86.1, 87 et 88 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

peler au personnel les règles à respecter en matière de sécurité de l'information. Dans une perspective d'amélioration continue de la sécurité de l'information, la Régie a également mené à terme les réalisations suivantes :

- la révision des privilèges d'accès des utilisateurs internes à l'information numérique de la Régie selon le calendrier de révision établi;
- des audits de vulnérabilité technologique conformément à la stratégie d'évaluation adoptée par l'organisation;
- des travaux de vérification interne sur l'évaluation des contrôles mis en place pour assurer la protection adéquate des actifs informationnels détenus par la Régie;
- le suivi 2011-2012 de la performance du programme de sécurité de l'information à l'intention de la haute direction;
- l'adoption d'une politique générale sur la continuité des services et l'élaboration d'un plan de retour à la normale des technologies de l'information en cas de sinistre;
- l'adoption d'une nouvelle procédure administrative portant sur la destruction sécuritaire de l'information;
- la mise en œuvre d'un processus de gestion et d'analyse des journaux de sécurité ainsi que le déploiement d'un outil informatique spécialisé en la matière;
- la révision du processus d'encadrement de la navigation Internet et, ce faisant, l'implantation d'un nouvel outil informatique permettant d'en faire la gestion;
- des travaux visant la mise en œuvre de contrôles permettant d'assurer la conformité logicielle des postes de travail.

Il convient de préciser que les priorités d'action en ce qui concerne la sécurité de l'information font partie intégrante de la gouvernance de la Régie. À cet effet, le responsable de la sécurité de l'information effectue un suivi régulier auprès des membres de la haute direction. Il a assuré la réalisation de deux comités de direction spéciaux sur le sujet au cours du présent exercice.

Enfin, en raison des pratiques qu'elle met de l'avant, l'expertise de la Régie est sollicitée, comme en témoigne son apport au sous-comité interministériel sur la sécurité de l'information. Ce sous-comité, présidé par le président-directeur général de la Régie, a réalisé, avec la contribution de représentants de 11 ministères et organismes, une réflexion permettant de définir les principaux enjeux et de formuler des recommandations pour améliorer la sécurité de l'information au sein de la communauté gouvernementale.

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec

Depuis 2002, les ministères et organismes doivent rendre compte, dans leur rapport annuel de gestion, des correctifs apportés à la suite des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec.

À cet effet, la Régie a mis en place, en 2002-2003, un mécanisme de suivi afin d'assurer une prise en charge adéquate de ces recommandations : les vice-présidences concernées doivent élaborer un plan d'action et mettre en application les mesures qu'elles auront jugées appropriées.

Voici les rapports ayant été placés sous la surveillance de la haute direction de la Régie en 2011-2012.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2005-2006
(déposé en décembre 2006), tome II, chapitre 6

Dans ce rapport, le Vérificateur général du Québec a vérifié si le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que certains acteurs du réseau de la santé, dont la Régie, avaient mis en place des mesures visant à assurer une gestion optimale des programmes d'aides techniques. Bien que le Vérificateur général ait conclu que la Régie administre les programmes d'aides techniques en conformité avec les directives reçues du Ministère, cinq recommandations parmi les seize formulées visaient l'organisation et particulièrement l'amélioration de ses processus.

La recommandation portant sur la modernisation de ses processus a amené la Régie à déployer un service en ligne pour le programme des prothèses oculaires le 11 octobre 2011. Ce service permet la transmission automatisée des demandes de paiement provenant des ocularistes, l'élimination de l'envoi systématique de leurs pièces justificatives, l'organisation optimale du travail et, conséquemment, un traitement et un paiement plus rapides de ces demandes. Un plan de contrôle prévoyant différentes mesures permet de s'assurer que les services ont été effectivement rendus et sont conformes à la réglementation et aux ententes. En 2012-2013, la Régie poursuivra ses efforts pour améliorer la gestion des programmes d'aides techniques. En effet, un service en ligne sera accessible aux dispensateurs du programme d'appareils suppléant à une déficience physique et à ceux du programme d'aides visuelles au printemps 2012.

En 2010-2011, la recommandation visant à encadrer davantage le processus de conception et de production des aides à la posture a mené la Régie à établir une classification des coussins. Ce nouvel encadrement a été intégré en 2011-2012 à la révision du prix des aides du programme d'appareils suppléant à une déficience physique. Cette révision sera soumise à une séance du conseil d'administration en 2012-2013.

La gestion de la sécurité informatique
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en juin 2004), tome I, chapitre 4

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat visant, d'une part, à établir si la sécurité informatique bénéficiait d'un encadrement approprié tant à l'échelle gouvernementale qu'à celle des ministères et organismes et, d'autre part, à évaluer si ces derniers avaient mis en place les composantes majeures en vue d'assurer la protection de leurs actifs informationnels.

Bien qu'il ait jugé que la Régie avait fait la plupart des gestes attendus et que l'information numérique et les échanges électroniques étaient généralement bien protégés contre les menaces les plus courantes, le Vérificateur général du Québec a fait 18 recommandations à la Régie. Une trentaine

d'actions ont été proposées pour y donner suite. Au 1er avril 2011, 16 de ces recommandations étaient appliquées. Au cours de l'année 2011-2012, la Régie a réalisé des travaux visant à répondre aux deux recommandations restantes.

Ainsi, la première recommandation suggérait de concevoir une stratégie pour assurer la continuité des services lors d'un sinistre informatique et d'élaborer et d'éprouver les plans nécessaires à sa mise en œuvre. Cette recommandation a donc donné lieu à une révision de la stratégie en la matière ainsi qu'à l'élaboration d'un plan de retour à la normale des technologies de l'information en cas de sinistre. De plus, la Régie a approuvé, en décembre 2011, une politique générale sur la continuité des services.

Quant à la seconde recommandation, elle concernait le contrôle de l'activité des systèmes informatiques qui consiste habituellement à scruter les journaux où sont enregistrés des événements prédéterminés. En s'appuyant sur les meilleures pratiques recommandées, la Régie a procédé en cours d'année à la mise en œuvre d'un processus de gestion et d'analyse des journaux de sécurité ainsi qu'au déploiement d'un outil informatique spécialisé dans ce domaine.

En conclusion, les actions proposées par la Régie pour suivre les 18 recommandations du Vérificateur général du Québec ont été réalisées.

Les ressources de la Régie

SECTION 4

Cette section fournit des renseignements sur les ressources humaines, informationnelles et financières de la Régie. D'entrée de jeu, un portrait du personnel et de son environnement de travail y est présenté. Les renseignements sur l'utilisation des ressources informationnelles et les principales réalisations en ce domaine viennent ensuite. La section se termine avec les renseignements sur les ressources financières de la Régie et ses états financiers.

Ressources humaines 83
Ressources informationnelles 87
Ressources financières 89
États financiers de l'exercice clos
le 31 mars 2012 95

Ressources humaines

LE PERSONNEL

Vue d'ensemble de l'effectif

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Nombre d'équivalents temps complet utilisés[20]	1 412	1 389	1 382	1 474

Au 31 mars 2012, la Régie a utilisé 1 474 équivalents temps complet, ce qui se traduit par 1 601 employés fournissant des services à la population, dont 1 229 employés réguliers.

	Nombre d'employés			
	31 mars 2009	31 mars 2010	31 mars 2011	31 mars 2012
Président-directeur général et vice-présidents	5	5	5	5
Personnel d'encadrement	64	68	68	77
Personnel professionnel	506	504	543	598
Personnel technicien	520	498	492	480
Personnel de bureau	423	423	403	434
Personnel ouvrier	7	8	6	7
Total	**1 525**	**1 506**	**1 517**	**1 601**

Afin d'outiller la Régie dans l'accomplissement des mandats spéciaux qui lui sont confiés, notamment ceux relatifs au Dossier de santé du Québec et au Registre national des consentements au don d'organes et de tissus, le Conseil du trésor a accordé des effectifs additionnels à la Régie. La dotation progressive des nouveaux postes explique l'augmentation du nombre d'employés en 2011-2012.

EFFECTIF EN POSTE AU 31 MARS 2012 (EXPRIMÉ EN PERSONNES)

Vice-présidence ou secteur	31 mars 2010	31 mars 2011	31 mars 2012
Unités administratives relevant du président-directeur général	96	94	85
Secrétariat général	18	16	22
Vice-présidence à l'administration et à la gestion de l'information	208	195	198
Vice-présidence aux services aux personnes assurées	572	590	595
Vice-présidence à la rémunération des professionnels	312	315	358
Vice-présidence aux technologies de l'information	300	307	343
Total	**1 506**	**1 517**	**1 601**

20. Le nombre d'équivalents temps complet (ETC) utilisés traduit le volume de main-d'œuvre rémunérée durant une année financière. Par ailleurs, l'ETC se définit comme le rapport entre le traitement versé à une personne pendant l'année financière et le traitement annuel prévu selon son classement. Un employé qui travaillerait 4 jours sur 5, par exemple, représenterait 0,8 ETC pour l'organisation.

EFFECTIF UTILISÉ AU COURS DE L'EXERCICE FINANCIER 2011-2012
(EXPRIMÉ EN ÉQUIVALENTS TEMPS COMPLET)

Vice-présidence ou secteur	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Unités administratives relevant du président-directeur général	62	90	85
Secrétariat général	44	16	17
Vice-présidence à l'administration et à la gestion de l'information	167	161	182
Vice-présidence aux services aux personnes assurées	532	539	559
Vice-présidence à la rémunération des professionnels	298	291	322
Vice-présidence aux technologies de l'information	286	285	309
Total	1 389	1 382	1 474

NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS AYANT PRIS LEUR RETRAITE AU COURS DE L'ANNÉE 2011-2012

	2011-2012
Nombre d'employés réguliers	58

TAUX DE ROULEMENT DU PERSONNEL RÉGULIER

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Taux de roulement[21]	14,6 %	14,4 %	13,5 %

LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Toujours à l'affût des meilleures pratiques en matière de mobilisation de ses ressources humaines, la Régie a poursuivi au cours de l'année 2011-2012 son engagement dans la démarche *Qualité de vie au travail*. Cette démarche vise également à mettre en œuvre les meilleures pratiques reconnues par la norme *Entreprise en santé*. Le détail des différentes initiatives est présenté dans la section 2 du présent document portant sur les résultats du *Plan stratégique 2009-2013*.

La Régie offre également les services suivants en matière de santé et de sécurité au travail :

- programme d'aide aux employés;
- conseils en ergonomie et en hygiène au travail;
- prévention en santé et en sécurité du travail;
- prévention en matière de violence et de harcèlement psychologique au travail;
- coordination des mesures d'urgence;
- recrutement et formation des secouristes;
- prélèvements sanguins et conseils individuels en matière d'habitudes de vie.

21. Le taux de roulement est la mesure du nombre de départs volontaires (la somme du nombre de retraites, de mutations et de démissions) de la Régie par rapport au nombre d'employés réguliers au 1er avril 2011.

LA FORMATION DU PERSONNEL

En 2011-2012, la Régie s'est assurée du développement de ses ressources humaines afin de maintenir et d'améliorer sa prestation de services aux citoyens.

Conformément aux orientations gouvernementales, la Régie a poursuivi les efforts de rationalisation des dépenses de formation et de développement amorcés en 2010-2011. Ainsi, pour l'année 2011, près de 2,2 millions de dollars ont été investis par la Régie en formation. Ce montant représente 2,6 % de la masse salariale de l'organisation, ce qui permet à la Régie de dépasser la cible minimale de 1 % de la masse salariale prescrite par la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre[22].

RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA FORMATION ET AU DÉVELOPPEMENT DU PERSONNEL PAR CHAMPS D'ACTIVITÉ (COÛTS DIRECTS[23] UNIQUEMENT)

Champ d'activité	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Favoriser le développement des compétences et améliorer les capacités de communication orale et écrite	256 391 $	161 586 $	179 127 $
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	124 141 $	92 788 $	110 162 $
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	283 530 $	181 347 $	183 405 $
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	112 936 $	84 858 $	102 134 $
Dépenses totales	**776 998 $**	**520 579 $**	**574 828 $**
Montant moyen alloué par personne[24]	483,40 $	319,57 $	326,24 $

ÉVOLUTION DES DÉPENSES TOTALES EN FORMATION

Année civile[25]	Proportion de la masse salariale (%)[26]
2009	3,7
2010	3,0
2011	2,6

22. L.R.Q., c. D-8.3.

23. Les coûts directs correspondent aux coûts de participation aux activités de développement, en excluant les frais de déplacement et ceux reliés aux salaires des participants.

24. Le diviseur ayant servi au calcul du montant moyen alloué par personne correspond au nombre total d'employés au 31 mars, auquel s'ajoute le nombre d'étudiants et stagiaires à l'emploi. Au 31 mars 2012, le nombre d'étudiants et stagiaires était de 161, portant le nombre total d'employés à 1 762.

25. La période de référence correspond à celle déterminée pour la compilation des dépenses au regard de la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (L.R.Q., c. D-8.3).

26. La masse salariale est calculée selon les modalités de la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre, soit exclusivement sur la base des traitements versés. En 2011, la masse salariale était de 82 650 449 $.

JOURS MOYENS DE FORMATION PAR PERSONNE SELON LES CATÉGORIES D'EMPLOI

Année financière	Cadre[27]	Professionnel	Fonctionnaire	Étudiant et stagiaire
2009-2010	8,9	3,5	4,2	3,3
2010-2011	4,2	3,0	3,7	2,2
2011-2012	6,2	2,9	4,5	2,0

Le nombre de jours moyens de formation par personne se chiffre à 3,8 en 2011-2012 comparativement à 3,3 jours moyens en 2010-2011 et à 4,1 jours moyens en 2009-2010.

27. Tous les nouveaux cadres participent à un programme obligatoire de formation à la gestion publique.

Ressources informationnelles

Les technologies de l'information, omniprésentes dans les activités de la Régie, soutiennent l'automatisation de plusieurs processus opérationnels de l'organisation.

Plusieurs des actions prévues dans le *Plan stratégique 2009-2013* font grandement appel aux technologies de l'information :

- la modernisation de la carte d'assurance maladie;
- l'inscription en ligne à l'assurance médicaments;
- la mise en place d'un portail spécialisé pour les professionnels de la santé;
- la facturation en ligne pour les dispensateurs d'aides techniques;
- la contribution de la Régie au déploiement du Dossier de santé du Québec.

Les technologies de l'information doivent assurer le maintien de la qualité et la continuité des activités de la Régie de façon sécuritaire. Grâce à celles-ci, la Régie produit plus de deux millions de cartes d'assurance maladie par année. De plus, elle est dotée d'une robuste infrastructure permettant de soutenir ses activités, principalement le traitement des demandes de paiement et la rémunération des professionnels de la santé pour les services qu'ils rendent. Elle offre également, en complémentarité des modes de prestation de services traditionnels (soit le courrier ou le téléphone), plusieurs services en ligne qui permettent aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé d'accéder à différentes données et d'effectuer des transactions, et ce, de façon sécuritaire. En constante évolution, cette offre est adaptée en fonction des besoins des clientèles de la Régie.

LES PRINCIPALES RÉALISATIONS EN 2011-2012

Dans le but de maintenir la qualité des services aux citoyens et aux entreprises et d'assurer le maintien des activités, la continuité des services et une amélioration continue des processus, la Régie a réalisé plusieurs projets, dont les suivants :

Don d'organes et de tissus

Le 28 février 2012 marquait le premier anniversaire de la création du Registre national des consentements au don d'organes et de tissus. Au 31 mars 2012, quelque 386 628 formulaires y étaient inscrits, soit environ 19 % des formulaires transmis, alors que la cible établie était de 10 %. Le service en ligne de consultation du registre pour les partenaires, soit Transplant Québec et Héma-Québec, est disponible depuis le 4 août 2011. La possibilité de consulter ce registre par la ligne téléphonique spéciale mise en place en mars 2011 est maintenue, et ce, en cas de non-disponibilité du service en ligne.

Affichage automatique du dossier du citoyen à l'écran

L'amélioration des services à la clientèle est au cœur des préoccupations de la Régie. Pour ce faire, celle-ci a misé, notamment, sur de nouvelles technologies en implantant l'affichage automatique du dossier de la personne assurée à l'écran de l'agent et l'acheminement des appels par service. Ces nouveautés permettent de contribuer à personnaliser l'entretien avec la personne assurée et d'optimiser les centres d'appels en diminuant le temps d'attente.

Dossier de santé du Québec

Au cours de l'année 2011-2012, la Régie a poursuivi sa contribution à la mise en place du Dossier de santé du Québec (DSQ). À cet égard, elle a réalisé les solutions technologiques attendues, a participé au déploiement, tout en prenant en charge de nouvelles responsabilités et opérations récurrentes.

DÉPENSES EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES EN 2011-2012

La portion « Maintien de l'actif » couvre les besoins courants en traitement informatique et en entretien des applications; la portion « Évolution de l'actif » concerne les travaux entourant l'évolution applicative; et la portion « Transformation » comprend les projets de développement de ressources informationnelles. Ces projets de développement sont financés par le budget opérationnel

de la Régie, par le Fonds de l'assurance médicaments ou, en ce qui concerne le Dossier de santé du Québec, par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOMBRE DE PROJETS EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES POUR LA PÉRIODE 2011-2012

	Nombre de projets
Nombre de projets en cours au début de l'exercice	38[28]
Nombre de projets entrepris au cours de l'exercice	12
Nombre de projets en cours à la fin de l'exercice	37
Nombre de projets terminés au cours de l'exercice	12
Nombre de projets annulés au cours de l'exercice	1

28. Le nombre de projets en cours au début de l'exercice a été révisé pour tenir compte des changements au niveau du financement et des responsabilités pour deux projets.

Ressources financières

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé, le Fonds de l'assurance médicaments ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

LES SOURCES DE FINANCEMENT

SOURCES DE FINANCEMENT
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Fonds des services de santé	3 952 185	4 406 362	4 905 940	5 247 113	5 686 390
Fonds de l'assurance médicaments	2 895 823	3 034 944	3 205 769	3 249 134	3 326 195
Gouvernement du Québec	337 472	370 362	403 906	429 994	472 443
Commission de la santé et de la sécurité du travail	87 821	115 287	91 082	80 546	93 921
Ententes réciproques avec les autres provinces	36 839	32 716	40 615	42 342	40 124
Autres sources	8 890	10 266	10 600	10 230	11 356
Total	**7 319 030**	**7 969 937**	**8 657 912**	**9 059 359**	**9 630 429**

Entre 2007-2008 et 2011-2012, le financement nécessaire au régime d'assurance maladie, au régime public d'assurance médicaments et aux programmes confiés a augmenté en moyenne de 7,1 % par année.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé afin de répondre notamment aux besoins financiers de la Régie pour l'administration des programmes qui lui sont confiés en lui fournissant les sommes nécessaires à l'équilibre des sources de financement et des dépenses relatives au régime d'assurance maladie. Le Fonds est alimenté principalement par les cotisations des employeurs perçues par Revenu Québec. Le taux de cette cotisation varie de 2,70 % à 4,26 % inclusivement, selon la masse salariale totale. La seconde source de revenus du Fonds des services de santé est constituée d'une partie des taxes et impôts versés au Fonds consolidé du revenu.

Le Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments a pour objet d'assumer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux, soit les adhérents, ainsi qu'aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours. Le Fonds est alimenté principalement par une partie des impôts et taxes versés au Fonds consolidé du revenu. Le reste provient des primes payées par les adhérents au régime et par les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Le gouvernement du Québec

Conformément à certains accords conclus avec la Régie, le gouvernement du Québec finance des programmes qui lui sont confiés principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent leur profession dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les ententes réciproques avec les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec le coût des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Diverses autres sources contribuent au financement de la Régie, notamment :

- le recouvrement, auprès des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;
- le remplacement de cartes d'assurance maladie perdues et la prise de photographies;
- la diffusion d'information et de statistiques.

LE COÛT DES PROGRAMMES

La Régie administre les programmes établis par la Loi sur l'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments.

Elle administre aussi, pour le compte du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des programmes qui lui sont confiés en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dans le tableau qui suit, l'évolution du coût des programmes au cours des cinq dernières années est présentée selon la classification utilisée dans les états financiers, avant le recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Services médicaux[29]	3 810 522	4 286 051	4 723 773	5 065 281	5 513 165
Médicaments et services pharmaceutiques[29]	2 864 694	3 002 840	3 171 834	3 213 404	3 287 890
Services hospitaliers	167 021	178 875	201 758	217 982	225 743
Aides techniques	129 192	134 726	153 292	147 432	161 156
Services dentaires	114 998	121 884	136 695	137 848	139 752
Services d'aide domestique	51 809	57 936	60 445	59 022	63 181
Services optométriques	40 138	39 509	44 161	42 911	46 755
Autres	13 041	14 603	14 820	15 724	14 796
Total	**7 191 415**	**7 836 424**	**8 506 778**	**8 899 604**	**9 452 438**

Entre 2007-2008 et 2011-2012, les coûts des programmes ont augmenté en moyenne de 7,1 % par année.

29. En raison de l'importance des sommes figurant dans les catégories « Services médicaux » et « Médicaments et services pharmaceutiques », une ventilation est présentée à la suite de ce tableau.

Services médicaux (rémunération des médecins)

Le tableau suivant illustre la dépense en services médicaux dispensés par les spécialistes, les omnipraticiens et les résidents en médecine. Les dépenses qui ne peuvent pas être ventilées selon ces trois catégories de professionnels sont regroupées sous la rubrique « Autres ». Le détail des coûts des services médicaux est présenté à l'annexe 4.

SERVICES MÉDICAUX (RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS)
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Médecins spécialistes	2 136 150	2 462 373	2 765 244	2 980 659	3 242 021
Médecins omnipraticiens	1 429 615	1 563 367	1 674 079	1 784 110	1 927 151
Résidents en médecine	144 362	158 005	170 034	185 235	213 356
Autres	100 395	102 306	114 416	115 277	130 637
Total	3 810 522	4 286 051	4 723 773	5 065 281	5 513 165

Entre 2007-2008 et 2011-2012, la rémunération des médecins a augmenté en moyenne de 9,7 % par année.

Médicaments et services pharmaceutiques

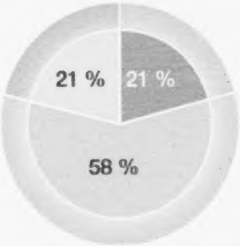
Le régime public d'assurance médicaments couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les adhérents, soit les personnes non admissibles à un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Le tableau de la page suivante présente la dépense en médicaments et services pharmaceutiques en fonction des catégories de bénéficiaires. Le détail des coûts des médicaments et services pharmaceutiques est présenté dans le complément d'information financière à l'annexe 4.

MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Personnes âgées de 65 ans ou plus	1 650 647	1 748 652	1 855 761	1 867 509	1 912 997
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	629 485	652 128	680 182	691 142	692 664
Adhérents	581 849	599 237	632 822	651 393	678 737
Autres[30]	2 713	2 823	3 069	3 360	3 492
Total	**2 864 694**	**3 002 840**	**3 171 834**	**3 213 404**	**3 287 890**

RÉPARTITION DES COÛTS RELATIFS AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

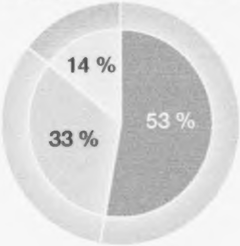


ADHÉRENTS

PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS OU PLUS

PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

RÉPARTITION DES 3,4 MILLIONS DE PERSONNES COUVERTES PAR LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS



Entre 2007-2008 et 2011-2012, les coûts des médicaments et des services pharmaceutiques ont augmenté en moyenne de 3,5 % par année.

30. Il s'agit notamment des sommes versées assurant la gratuité des médicaments pour les infections transmissibles sexuellement, la chimio-prophylaxie et la tuberculose, la contraception orale d'urgence. L'achat de places dans les résidences privées d'hébergement et le transport aux fins des thérapies parentérales font aussi partie de cette catégorie.

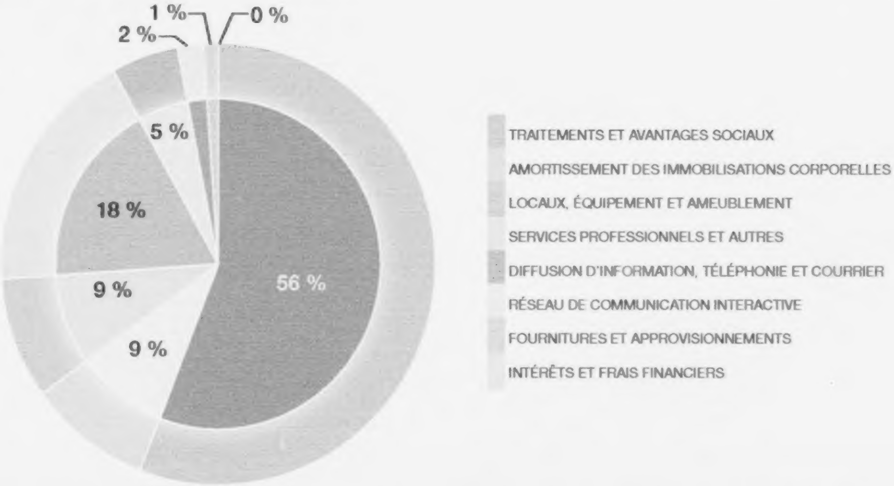
LES FRAIS D'ADMINISTRATION

La Régie engage des frais pour l'administration du régime d'assurance maladie, du régime public d'assurance médicaments, du Dossier de santé du Québec et pour tout autre programme confié en vertu d'une loi ou par le gouvernement.

RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION DE LA RÉGIE (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Traitements et avantages sociaux	86 955	85 603	93 132	91 369	102 337
Amortissement des immobilisations corporelles	14 044	15 486	15 973	16 879	17 341
Locaux, équipement et ameublement	11 756	13 130	16 666	17 922	16 677
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	7 550	7 558	7 975	7 235	9 201
Réseau de communication interactive	3 102	3 086	3 113	3 245	3 354
Services professionnels et autres	9 557	13 567	18 383	27 538	32 801
Fournitures et approvisionnements	1 938	1 786	1 858	1 700	1 873
Intérêts et frais financiers	161	157	422	625	718
Moins-value sur les immobilisations corporelles	-	2 569	452	-	-
Total	**135 063**	**142 942**	**157 974**	**166 513**	**184 302**

RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION 2011-2012 DE LA RÉGIE



Entre 2007-2008 et 2011-2012, les frais d'administration ont augmenté en moyenne de 8,1 % par année.

RATIO DES FRAIS D'ADMINISTRATION
EN FONCTION DU COÛT DES PROGRAMMES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Frais d'administration de la Régie	135 063	142 942	157 974	166 513	184 302
Frais de perception du Fonds d'assurance médicaments	7 225	7 246	9 122	9 686	8 674
Frais financiers du Fonds d'assurance médicaments	15 888	9 302	1 359	2 354	3 021
Total des frais d'administration	158 176	159 490	168 455	178 553	195 997
Coût des programmes	7 191 415	7 836 424	8 506 778	8 899 604	9 452 438
Ratio	2,20 %	2,04 %	1,98 %	2,01 %	2,07 %

Les frais d'administration sont ceux qui figurent dans les états financiers de la Régie. Bien que la majeure partie des frais d'administration du Fonds de l'assurance médicaments en fasse partie, les frais de perception et les frais financiers de ce fonds sont des dépenses que l'on trouve uniquement dans les états financiers de ce dernier. Les frais de perception ainsi que les frais financiers sont prélevés sur le fonds conformément à l'article 40.2, alinéas b et c, de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec. Entre 2007-2008 et 2011-2012, on constate une diminution globale de 5,9 % du ratio des frais d'administration sur les coûts des programmes.

LES MESURES DE RÉDUCTION DES DÉPENSES

La politique de réduction de dépenses approuvée par le conseil d'administration et entérinée par le gouvernement prévoit les mesures suivantes :

- une réduction graduelle des dépenses de fonctionnement de nature administrative devant atteindre au moins 10 % au terme de l'exercice 2013-2014;
- une réduction de l'équivalent de 1 % de la masse salariale dès l'exercice financier 2010-2011. Cette réduction devra être récurrente et augmentée chaque année jusqu'à l'exercice 2013-2014.

Les résultats atteints par la Régie après la deuxième année d'application de la politique sont les suivants :

MESURES DE RÉDUCTION DES DÉPENSES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	Cible de réduction à atteindre en 2013-2014	Réduction atteinte au 31 mars 2012
Dépenses de fonctionnement de nature administrative[31]	2 351,2	1 645,8
Rémunération	3 692,4	1 846,2

31. Cette cible inclut une réduction de 25 % des dépenses de publicité, de formation et de déplacement dès l'exercice 2010-2011. La réduction cumulative au 31 mars 2012 se chiffre à 921 900 $ comparativement à une cible de 1 015 600 $. La Régie se régularisera d'ici le 31 mars 2014.

États financiers de l'exercice clos le 31 mars 2012

RAPPORT DE LA DIRECTION

La direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des méthodes comptables appropriées respectant les Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport annuel est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme d'audit interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que les actifs sont convenablement protégés et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations de la Régie.

Le conseil d'administration est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à l'audit des états financiers de la Régie conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada et son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,

Marc Giroux, ASC

Le chef du service du budget et de la comptabilité,

Nelson Fortier, CPA, CA

Québec, le 6 juin 2012

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

À l'Assemblée nationale

Rapport sur les états financiers

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012, l'état des résultats et de l'excédent cumulé, l'état de la variation de la dette nette et l'état des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives inclus dans les notes complémentaires.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de la Régie de l'assurance maladie du Québec au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément aux exigences de la Loi sur le vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces normes ont été appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le vérificateur général du Québec par intérim,

Michel Samson, CPA auditeur, CA

Québec, le 6 juin 2012

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
ÉTAT DES RÉSULTATS ET DE L'EXCÉDENT CUMULÉ
DE L'EXERCICE CLOS LE 31 MARS 2012

	2012	2011
	(en milliers de dollars)	
SOURCES DE FINANCEMENT		
Fonds des services de santé	5 686 390	5 247 113
Fonds de l'assurance médicaments	3 326 195	3 249 134
Gouvernement du Québec	472 443	429 994
Commission de la santé et de la sécurité du travail	93 921	80 546
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 5)	40 124	42 342
Autres sources	11 356	10 230
	9 630 429	**9 059 359**
COÛT DES PROGRAMMES (note 3)		
Services médicaux (note 15)	5 513 165	5 065 281
Médicaments et services pharmaceutiques (notes 4 et 15)	3 287 890	3 213 404
Services hospitaliers (note 5)	225 743	217 982
Aides techniques	161 156	147 432
Services dentaires (note 15)	139 752	137 848
Services d'aide domestique	63 181	59 022
Services optométriques (note 15)	46 755	42 911
Autres (note 6)	14 796	15 724
	9 452 438	**8 899 604**
Recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	(6 311)	(6 758)
	9 446 127	**8 892 846**
Frais d'administration (note 7)	184 302	166 513
	9 630 429	**9 059 359**
EXCÉDENT DE L'EXERCICE ET EXCÉDENT CUMULÉ	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE
AU 31 MARS 2012

	2012	2011
	(en milliers de dollars)	
ACTIFS FINANCIERS		
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	377 483	237 212
Fonds de l'assurance médicaments	367 808	367 743
Frais à récupérer (note 8)	201 981	216 370
Autres créances	38 528	24 832
	985 800	846 157
PASSIFS		
Effets bancaires en circulation	204 288	18 510
Services à payer (note 10)	782 883	822 094
Autres charges à payer et frais courus	38 180	55 734
Revenus reportés	38 280	-
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 11)	92 436	75 372
Provision pour congés de maladie et vacances (note 13)	29 685	26 371
	1 185 752	998 081
DETTE NETTE	**(199 952)**	**(151 924)**
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisations corporelles (note 9)	199 952	151 924
EXCÉDENT (DÉFICIT) CUMULÉ	-	-

OBLIGATIONS CONTRACTUELLES (note 14)
ÉVENTUALITÉS (note 15)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour la Régie,

Marc Giroux, ASC
Président-directeur général

Suzanne Delisle, CPA, CA, ASC
Membre du conseil d'administration et
Présidente du comité d'audit

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE
DE L'EXERCICE CLOS LE 31 MARS 2012

	2012	2011
	(en milliers de dollars)	
EXCÉDENT (DÉFICIT) ANNUEL	-	-
Acquisition d'immobilisations corporelles	(64 878)	(31 280)
Amortissement des immobilisations corporelles	17 341	16 879
Intérêts capitalisés aux immobilisations corporelles	(491)	(263)
AUGMENTATION DE LA DETTE NETTE	**(48 028)**	**(14 664)**
DETTE NETTE AU DÉBUT	**(151 924)**	**(137 260)**
DETTE NETTE À LA FIN	**(199 952)**	**(151 924)**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE
DE L'EXERCICE CLOS LE 31 MARS 2012

	2012	2011
	(en milliers de dollars)	
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Excédent (déficit) annuel	-	-
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations corporelles	17 341	16 879
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement		
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	(140 271)	38 373
Fonds de l'assurance médicaments	(65)	(86 113)
Frais à récupérer	14 389	(27 805)
Autres créances	(13 696)	11 351
Services à payer	(39 211)	56 235
Autres charges à payer et frais courus	(17 554)	11 967
Revenus reportés	38 280	-
Provision pour congés de maladie et vacances	3 314	(359)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AU FONCTIONNEMENT	**(137 473)**	**20 528**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(65 369)	(31 543)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	**(65 369)**	**(31 543)**
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec	17 064	8 978
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	**17 064**	**8 978**
DIMINUTION DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	**(185 778)**	**(2 037)**
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	**(18 510)**	**(16 473)**
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	**(204 288)**	**(18 510)**

LA TRÉSORERIE ET LES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :

Effets bancaires en circulation	(204 288)	(18 510)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, personne morale au sens du Code civil constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre le régime général d'assurance médicaments. Elle administre aussi des parties de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont :

- la rémunération des résidents en médecine;
- le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique;
- la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers.

La Régie paie les médecins ayant rendu des services professionnels dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance maladie provient du Fonds des services de santé.

Par ailleurs, le Fonds de l'assurance médicaments finance le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis :

- aux personnes de 65 ans ou plus;
- aux prestataires d'une aide financière de dernier recours;
- aux adhérents : toute personne admissible, autre que celles énumérées ci-dessus, qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Enfin, le gouvernement du Québec finance les parties de programmes confiées à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En vertu de l'article 4 de sa loi constitutive, la Régie est mandataire de l'État et par conséquent n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu au Québec et au Canada.

2. Principales méthodes comptables

La préparation des états financiers de la Régie, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation du coût des programmes et des sources de financement au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations. Les principaux éléments faisant l'objet d'estimations sont les services à payer, la durée de vie des immobilisations et la provision pour congés de maladie et vacances.

Aux fins de la préparation de ses états financiers, la Régie utilise prioritairement le *Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés pour le secteur public* et, pour la première année, elle applique le modèle de présentation de la dette nette recommandé par ce manuel. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût.

La méthode de l'amortissement linéaire est utilisée en tenant compte de la valeur résiduelle de ces immobilisations, s'il y a lieu. Le développement de systèmes informatiques inclut le coût de la main-d'œuvre et des services professionnels ainsi que celui du matériel informatique et bureautique s'y rapportant.

Leur durée de vie utile a été établie comme suit :

Immeuble (siège social)	40 ans
Immeuble (améliorations majeures)	20 ans
Immeuble (rénovations)	10 ans
Améliorations locatives	5 ans
Ameublement, équipement de bureau	5 ans
Matériel informatique et bureautique	3 ans
Développements informatiques	5 ans
Développements informatiques – Dossier de santé du Québec	10 ans
Logiciels	3 ans

Lorsque la conjoncture indique qu'une immobilisation corporelle ne contribue plus à la capacité de la Régie de fournir des biens et des services, ou que la valeur des avantages économiques futurs qui se rattachent à l'immobilisation corporelle est inférieure à sa valeur comptable nette, le coût de l'immobilisation corporelle est réduit pour refléter sa baisse de valeur. Les moins-values nettes sur les immobilisations corporelles sont imputées aux résultats de l'exercice. Aucune reprise de valeur n'est constatée.

Régimes de retraite

La Régie ne possède pas l'information nécessaire à l'application de la méthode de comptabilisation des régimes à prestations déterminées.

Elle applique donc la méthode de comptabilisation des régimes à cotisations déterminées aux régimes interemployeurs gouvernementaux à prestations déterminées.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent des effets bancaires en circulation et de l'encaisse.

3. Coût des programmes

Le coût des produits et services par programme se répartit comme suit :

	2012	2011
Régime d'assurance maladie	5 656 473	5 217 159
Régime public d'assurance médicaments (note 4)	3 284 398	3 210 044
Autres	505 256	465 643
	9 446 127	**8 892 846**

4. Médicaments et services pharmaceutiques

	2012	2011
Régime public d'assurance médicaments		
Personnes de 65 ans ou plus	1 912 997	1 867 509
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	692 664	691 142
Adhérents	678 737	651 393
	3 284 398	3 210 044
Personnes admissibles à des programmes particuliers	3 492	3 360
	3 287 890	**3 213 404**

5. Services hospitaliers

	2012	2011
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	185 619	175 640
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	40 124	42 342
	225 743	**217 982**

6. Autres

	2012	2011
Bourses de recherche	14 811	14 861
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C*	(15)	863
	14 796	**15 724**

*Le programme québécois d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C a pris fin le 30 juin 2010.

7. Frais d'administration

	2012	2011
Traitements et avantages sociaux	102 337	91 369
Amortissement des immobilisations corporelles	17 341	16 879
Locaux, équipement et ameublement	16 677	17 922
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	9 201	7 235
Réseau de communication interactive	3 354	3 245
Services professionnels et autres	32 801	27 538
Fournitures et approvisionnements	1 873	1 700
Intérêts et frais financiers	718	625
	184 302	166 513

Du total de ces frais, un montant de 41,8 M$ (2011 : 39,1 M$) est assumé par le Fonds de l'assurance médicaments.

8. Frais à récupérer

	2012	2011
Gouvernement du Québec	169 426	184 855
Commission de la santé et de la sécurité du travail	20 484	19 869
Services hospitaliers dus par d'autres provinces	12 071	11 646
	201 981	216 370

9. Immobilisations corporelles

	Terrain	Immeuble (siège social)	Immeuble (améliorations majeures)	Immeuble (rénovations)	Améliorations locatives	Ameublement, équipement de bureau	Matériel informatique et bureautique	Développements informatiques	Développements informatiques Dossier de santé	Logiciels	Total
Coût											
1er avril 2010	1 000	26 458	2 640	19 760	442	2 153	15 635	57 423	72 946	4 770	203 227
Acquisitions	-	-	-	414	247	168	7 266	8 543	14 135	770	31 543
Radiations	-	-	-	-	-	-	-	(3 530)	-	-	(3 530)
31 mars 2011	1 000	26 458	2 640	20 174	689	2 321	22 901	62 436	87 081	5 540	231 240
Acquisitions	-	-	-	569	698	173	2 135	9 505	49 904 (1)	2 385	65 369
31 mars 2012	1 000	26 458	2 640	20 743	1 387	2 494	25 036	71 941	136 985	7 925	296 609
Cumul des amortissements											
1er avril 2010	-	11 587	220	8 368	221	1 676	10 177	29 460	807	3 451	65 967
Amortissement de l'exercice	-	523	132	1 996	113	214	3 966	9 077	-	858	16 879
Radiations	-	-	-	-	-	-	-	(3 530)	-	-	(3 530)
31 mars 2011	-	12 110	352	10 364	334	1 890	14 143	35 007	807	4 309	79 316
Amortissement de l'exercice	-	525	132	2 047	124	174	4 836	8 491	-	1 012	17 341
31 mars 2012	-	12 635	484	12 411	458	2 064	18 979	43 498	807	5 321	96 657
Valeur nette comptable											
31 mars 2011	1 000	14 348	2 288	9 810	355	431	8 758	27 429	86 274	1 231	151 924
31 mars 2012 (3)	1 000	13 823	2 156	8 332	929	430	6 057	28 443	136 178 (2)	2 604	199 952

(1) Un développement informatique de 38,3 M$ a été reçu sans compensation.

(2) Ce montant inclut 2,1 M$ d'intérêts capitalisés (2011 : 1,6 M$).

(3) Le total des immobilisations comprend 144,0 M$ (2011 : 93,7 M$) de biens en développement pour lesquels aucun amortissement n'a été pris.

10. Services à payer

Les services à payer se composent des services médicaux et pharmaceutiques rendus par les professionnels de la santé, des montants forfaitaires attribuables à ces derniers de même que des coûts payables à diverses clientèles relativement aux programmes d'aides techniques ou domestiques.

Le montant représente principalement une estimation du coût des demandes de paiement qui sont en processus de traitement au 31 mars et du coût de celles qui seront produites après le 31 mars, mais qui concernent des services reçus avant cette date.

Les ententes suivantes avec des associations représentant des professionnels de la santé sont expirées. Elles ont fait l'objet d'une provision correspondant aux montants des offres patronales qui seraient à verser de façon rétroactive à ces professionnels de la santé pour des services déjà rendus au 31 mars 2012.

	Date d'expiration
Association québécoise des pharmaciens propriétaires	31 mars 2010
Association des chirurgiens dentistes du Québec	31 mars 2010
Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec	31 mars 2010
Association des optométristes du Québec	31 mars 2010

11. Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2012	2011
Emprunt sur billet, d'un maximum de 131 M$, à taux fixe de 1,33 % échéant le 29 juin 2012	92 436	-
Emprunt sur billet, d'un maximum de 131 M$, à taux fixe de 1,35 % échéant le 30 juin 2011	-	75 372
	92 436	**75 372**
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	1 067	733

12. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans les états financiers et qui sont comptabilisées à leur valeur d'échange, la Régie est apparentée à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. La Régie n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles, à l'exception du développement informatique de 38,3 M$ reçu sans compensation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers.

13. Avantages sociaux futurs

Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) et au Régime de retraite et régime de prestations supplémentaires de l'administration supérieure (RRAS). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les cotisations de la Régie imputées aux résultats de l'exercice se chiffrent à 4,9 M$ (2011 : 4,4 M$) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. Par ailleurs, les cotisations pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 5,2 M$ (2011 : 4,9 M$) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes « Services médicaux », « Services dentaires » et « Services optométriques ». Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations pour services courants à titre d'employeur.

Au 1er janvier 2012, les taux de cotisation de certains régimes de retraite ont été modifiés. Ainsi, le taux pour le RREGOP est passé de 8,69 % à 8,94 % de la masse salariale cotisable et le taux pour le RRPE et le RRAS est passé de 11,54 % à 12,30 %.

Provision pour congés de maladie et vacances

La méthode d'évaluation des obligations relatives aux congés de maladies accumulés est une méthode actuarielle qui tient compte de la répartition des prestations constituées.

Les hypothèses économiques à long terme utilisées pour déterminer la valeur actuarielle des obligations sont les suivantes :

	2012		2011	
	RREGOP	RRPE/ RRAS	RREGOP	RRPE/ RRAS
Taux d'inflation	2,75 %	2,75 %	2,75 %	2,75 %
Progression des salaires nette d'inflation	0,50 %	0,50 %	0,50 %	0,50 %
Taux d'actualisation	3,73 %	2,99 %	4,66 %	3,57 %
Durée résiduelle moyenne des salariés	14 ans	8 ans	14 ans	7 ans

	2012	2011
Solde au début	26 371	26 730
Augmentation nette due à des arrivées et des départs d'employés ainsi qu'à une variation du taux d'actualisation	3 752	831
Charges	9 678	9 289
Utilisation	(10 116)	(10 479)
Solde à la fin	**29 685**	**26 371**

14. Obligations contractuelles

Au 31 mars 2012, les obligations contractuelles minimales exigibles pour l'acquisition de biens et services relatifs à des contrats d'approvisionnement se détaillent comme suit :

2013	36 272
2014	14 599
2015	7 474
2016	4 632
2017	3 573
	66 550

15. Éventualités

Services médicaux, dentaires, optométriques, médicaments et services pharmaceutiques

Les ententes annuelles avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec prévoient généralement une enveloppe budgétaire globale à être versée à leurs membres pour leurs services. Les ententes précisent qu'advenant une non-atteinte de cette enveloppe budgétaire, les montants ainsi rendus disponibles sont alors affectés aux fins retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent et, qu'advenant un dépassement, un remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente.

Comme les ententes respectives n'ont pas encore été signées, les enveloppes budgétaires n'ont pas été déterminées et la Régie ne peut évaluer s'il y aura ou non une non-atteinte ou un dépassement de ces enveloppes budgétaires.

16. Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de les rendre conformes à la présentation adoptée pour l'exercice en cours.

SECTION 5

Le rapport d'activité 2011-2012 sur le régime général d'assurance médicaments

Cette section présente le rapport d'activité sur le régime général d'assurance médicaments et les états financiers qui lui sont liés.

L'objet et les modalités d'application du régime 111

L'inscription au régime public d'assurance médicaments 111

La participation financière des personnes couvertes par le régime public 111

Le financement du régime 112

Le coût du régime public 113

Le suivi de la Politique du médicament 116

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice clos le 31 mars 2012 117

Le rapport d'activité 2011-2012 sur le régime général d'assurance médicaments

En vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie doit, chaque année, faire au ministre de la Santé et des Services sociaux un rapport sur les opérations du fonds d'assurance médicaments. Ce rapport doit être déposé devant l'Assemblée nationale.

L'OBJET ET LES MODALITÉS D'APPLICATION DU RÉGIME

En vertu de l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments, le régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. Tous les résidents du Québec doivent détenir une couverture d'assurance médicaments offerte soit par un régime collectif privé, soit par le régime public administré par la Régie.

L'INSCRIPTION AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours, les personnes de 65 ans ou plus et les personnes qui n'ont pas accès à un régime privé doivent être inscrits au régime public d'assurance médicaments. Au 31 mars 2012, près de 1 788 000 personnes non couvertes par un régime privé s'étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments à titre d'adhérents, auxquelles il faut ajouter environ 491 000 prestataires d'une aide financière de dernier recours et 1 120 000 personnes de 65 ans ou plus.

Les personnes de 65 ans ou plus ayant accès à un régime privé d'assurance collective peuvent être couvertes en totalité par celui-ci si elles le souhaitent, à condition que la couverture des médicaments soit au moins équivalente à celle qu'offre le régime public. En 2011-2012, 91 303 d'entre elles[32] ont décidé de maintenir leur adhésion à un régime privé.

LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PERSONNES COUVERTES PAR LE RÉGIME PUBLIC

Prime annuelle

Les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent payer une prime établie en fonction de leur revenu. Pour la période allant du 1er juillet 2011 au 30 juin 2012, la prime maximale était de 563 $ par adulte.

Contribution mensuelle

Au moment de l'achat, les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent contribuer au paiement de leurs médicaments et des services pharmaceutiques. Elles le font sous la forme d'une franchise[33] et d'une coassurance[34], et ce, jusqu'à l'atteinte de leur contribution mensuelle maximale.

Le 1er juillet 2011, la franchise mensuelle et la coassurance sont restées au même niveau qu'en 2010, soit respectivement 16 $ et 32 % pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus.

32. Il s'agit d'une moyenne mensuelle.

33. La franchise est un montant fixe qui constitue la première tranche du coût des médicaments que doit payer la personne assurée à l'achat de médicaments couverts.

34. La coassurance est le pourcentage (ou la portion) du coût des médicaments qu'une personne assurée doit verser une fois la franchise payée. Autrement dit, lorsque le coût des médicaments dépasse celui de la franchise, la personne paie seulement une portion de l'excédent. C'est cette portion que l'on appelle la coassurance.

En ce qui concerne la contribution maximale, elle varie en fonction des clientèles qui y sont assujetties :

- 80,25 $ par mois (963 $ par année) pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus ne recevant aucun Supplément de revenu garanti;
- 49,97 $ par mois (600 $ par année) pour les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal (Supplément de revenu garanti partiel).

En vertu de la loi, les paramètres de contribution (franchise, coassurance et contribution maximale) ainsi que la prime peuvent être modifiés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement fixés par la Régie en tenant compte de l'accroissement des coûts du régime.

Clientèles exemptées de la prime ou de la contribution mensuelle

Les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti maximal et les adhérents dont le revenu est inférieur au revenu assujetti au paiement de la prime sont exemptés du paiement de celle-ci. Depuis 2007, il en est de même pour les personnes de 65 ans ou plus recevant 94 % ou plus du montant maximal du Supplément de revenu garanti.

Les enfants de moins de 18 ans inscrits au régime public d'assurance médicaments ne paient ni prime ni contribution à l'achat de médicaments à la pharmacie. Cela s'applique également aux personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle survenue avant l'âge de 18 ans, à tous les prestataires d'une aide financière de dernier recours ainsi qu'aux personnes de 18 à 25 ans aux études à temps plein qui n'ont pas de conjoint et dont les parents sont inscrits au régime public.

LE FINANCEMENT DU RÉGIME

Financement mixte

Le régime public d'assurance médicaments couvre environ 3,4 millions de personnes, tandis que 4,5 millions de personnes sont couvertes par des régimes privés gérés par des assureurs ou des administrateurs de régimes d'avantages sociaux.

Le régime public est financé à même les crédits alloués à cet effet par le gouvernement et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments à titre de primes ou de sommes dues. Les régimes privés sont financés par les employeurs et les employés qui versent des primes.

Les gestionnaires des régimes privés doivent mettre en commun les risques accrus découlant de l'application du régime général d'assurance médicaments. Pour ce faire, une approche de mutualisation comportant des seuils de mise en commun établis selon la taille du groupe a été retenue. Cette formule reconnaît un niveau de risque acceptable pour un groupe donné. L'étendue de la mutualisation a été fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de prime. Les modalités appliquées sont communiquées annuellement au ministre de la Santé et des Services sociaux et ont, jusqu'ici, été reconnues conformes aux dispositions de la loi.

Mesures pour la récupération de sommes dues

Dans le cadre du plan gouvernemental pour assurer la viabilité du régime public d'assurance médicaments, des mesures ont été prises en 2002, conjointement avec Revenu Québec, afin de récupérer certaines sommes dues. Les efforts visent à régulariser notamment la situation des personnes qui sont couvertes par le régime public tout en étant admissibles à une assurance collective et celle des personnes couvertes par le régime public qui ont omis de payer la prime au moment de produire leur déclaration de revenus. Les sommes récupérées en 2011-2012 totalisent 29,6 millions de dollars : 23,2 millions proviennent de la récupération de primes et 6,4 millions, du renforcement

des contrôles de l'admissibilité et de la régularisation. Ces sommes ont été versées au Fonds de l'assurance médicaments.

Entente administrative

Une entente est intervenue entre la Régie et Revenu Québec concernant la perception de la prime d'assurance médicaments et les activités connexes; elle est entrée en vigueur le 1er avril 2009.

Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments sert à payer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux personnes assurées par la Régie et à leurs enfants. Les frais d'administration liés à la perception de la prime et à la gestion du régime public sont prélevés sur le Fonds.

La prime annuelle que doivent payer, en fonction de leur revenu, les adhérents et les personnes de 65 ans ou plus constitue l'une des sources de revenus du Fonds. Cette prime est calculée et perçue par Revenu Québec au moment de la production de la déclaration de revenus de l'année civile visée. Puisqu'il y a un décalage entre le moment où la prime est payée et celui où le Fonds assume le coût des médicaments et des services pharmaceutiques, le Fonds reçoit des avances du ministère des Finances pour pallier le déficit de liquidités. Comme il a été mentionné précédemment, un mécanisme permet à la Régie d'ajuster la prime maximale le 1er juillet de chaque année afin qu'il soit possible de faire face aux obligations rattachées au Fonds.

Une autre source de revenus du Fonds est constituée des sommes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux. Celles-ci sont versées en compensation de la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments ou conformément aux ententes de partage de risques financiers et aux ententes prévoyant la mise en place de mesures compensatoires. Le financement du Fonds de l'assurance médicaments est complété par des sommes que verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu permettant le paiement global des obligations prévues par le Fonds. Ces sommes sont toutefois limitées aux coûts générés par les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes de 65 ans ou plus.

LE COÛT DU RÉGIME PUBLIC

Le coût total des médicaments et des services pharmaceutiques fournis à l'ensemble des personnes assurées par la Régie a atteint 4 033 millions de dollars au cours de l'année se terminant le 31 mars 2012. Il ne tient pas compte des récupérations de sommes dues et d'autres ajustements comptables tels que les reflètent les états financiers du Fonds[35]. Le coût du régime public a connu en 2011-2012 une augmentation légèrement plus élevée (1,9 %) que pendant l'exercice 2010-2011 (1,2 %).

En 2011-2012, les contributions (franchise et coassurance) des personnes assurées se sont élevées à 754 millions de dollars, soit 18,7 % du coût total du régime public, tandis que la part du régime (coût total moins contributions des personnes assurées) se situait à 3 280 millions de dollars ou à 81,3 % du coût total.

35. Pour plus de détails, voir les conventions comptables des états financiers du Fonds de l'assurance médicaments.

Les facteurs qui expliquent la hausse du coût total du régime public sont l'augmentation du nombre de jours-ordonnances par participant (soit la somme des jours de traitement pour les ordonnances soumises divisée par le nombre de participants), la hausse du nombre de participants et le coût brut par jour-ordonnance.

Facteur de croissance du coût total des médicaments du régime public d'assurance médicaments en 2011-2012 par rapport à 2010-2011	**Variation**
Nombre de jours-ordonnances par participant	2,56 %
Nombre de participants	2,30 %
Coût brut par jour-ordonnance	- 2,90 %

COÛT DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS D'AVRIL 2011 À MARS 2012

	Nombre de partici-pants[36]	Coût total	Part assumée par le régime		Contribution des personnes assurées	
		M$	M$	%	M$	%
Prestataires d'une aide financière de dernier recours						
Adultes	298 952	674	674	100,0	-	-
Enfants de moins de 18 ans	64 906	19,6	19,6	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	5 035	1,8	1,8	100,0	-	-
Total partiel	368 893	695,4	695,4	100,0	-	-
Personnes de 65 ans ou plus						
Recevant 94 % et plus du Supplément de revenu garanti maximal	67 944	192,9	192,9	100,0	-	-
Recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal	416 113	1 055,1	858,1	81,3	197,0	18,7
Ne recevant aucun supplément de revenu garanti	587 294	1 162,1	846,6	72,9	315,5	27,1
Total partiel	1 071 351	2 410,1	1 897,6	78,7	512,5	21,3
Adhérents						
Adultes	950 470	859,0	617,9	71,9	241,1	28,1
Enfants de moins de 18 ans et personnes à charge handicapées	200 152	56,2	56,2	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	33 987	12,6	12,6	100,0	-	-
Total partiel	1 184 609	927,8	686,7	74,0	241,1	26,0
Sous-total	2 624 853	4 033,3	3 279,7	81,3	753,6	18,7
Autres[37]	-	4,7	4,7	100,0	-	-
Grand total	**2 624 853**	**4 038,0**	**3 284,4**	**81,3**	**753,6**	**18,7**

36. Un participant est une personne inscrite au régime public d'assurance médicaments qui s'est procuré un médicament sur ordonnance au moins une fois durant l'exercice 2011-2012.

37. Ce montant reflète la récupération des sommes auprès des personnes et d'autres ajustements comptables.

Depuis l'adoption de la Politique du médicament en 2007, des changements réglementaires ont été introduits pour permettre l'application de la Loi sur l'assurance médicaments.

Ententes avec les fabricants pharmaceutiques

En vertu de l'article 40.9 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie doit rendre compte des renseignements relatifs aux deux types d'ententes que le ministre peut conclure avec les fabricants de médicaments. Il s'agit d'ententes de contribution afin d'atténuer le contrecoup financier des hausses de prix pour le régime public et d'ententes de partage de risques financiers portant sur des médicaments particuliers.

Au 31 mars 2012, 66 ententes étaient en vigueur et couvraient 65 fabricants.

ENTENTES AVEC LES FABRICANTS PHARMACEUTIQUES

	2011-2012
Nombre d'ententes	66
Nombre de fabricants visés par les ententes	65
Nombre de produits concernés	969
Sommes versées en application des ententes	364 400 $

Avantages autorisés à un pharmacien

Depuis novembre 2007, le fabricant peut verser au pharmacien propriétaire certains avantages autorisés en vertu d'un règlement adopté à cet effet. Ces avantages, lorsque versés conformément au règlement, ne modifient pas le remboursement fait au pharmacien propriétaire selon le prix de vente garanti du fabricant. La nature de ces avantages est prévue par le règlement et varie selon qu'il s'agit d'un fabricant de médicaments innovateurs ou génériques.

Dans le cas du fabricant de médicaments innovateurs, il n'y a pas de limites à la valeur des avantages accordés à un pharmacien dans la mesure où il s'agit d'un bien ou d'un service, puisqu'aucune somme ne peut lui être versée directement ou indirectement. Pour le fabricant de médicaments génériques, la valeur des avantages accordés ne doit pas être supérieure à un pourcentage déterminé de la valeur totale des ventes du fabricant au pharmacien propriétaire. Ce pourcentage était de 20 % jusqu'au 20 avril 2011 et il est passé ensuite à 16,5 %. S'il s'agit de sommes versées au pharmacien, celles-ci doivent être affectées aux usages prévus par le règlement. Notons que depuis le 1er avril 2012, ce pourcentage est de 15 %.

Pour démontrer qu'il respecte la limite prévue en matière d'avantages autorisés versés, chaque fabricant de médicaments génériques doit soumettre à la Régie un rapport au plus tard le 1er mars pour l'année se terminant le 31 décembre précédent. Ce rapport doit porter sur les ventes réalisées ainsi que sur les avantages consentis durant la même période. L'information requise doit être fournie pour chacune des pharmacies concernées. Il est à noter que le fabricant de médicaments innovateurs n'a pas à produire de rapport. De plus, la réglementation spécifie que le pharmacien propriétaire doit tenir à jour un registre de tous les avantages dont il a bénéficié.

Pour la quatrième année d'application de la réglementation, les rapports annuels de 2010 provenant de 27 fabricants de médicaments génériques ont été confrontés à une centaine de registres de pharmaciens afin d'évaluer le respect de la réglementation. Dans le même esprit, pour l'exercice 2012-2013, la Régie compte obtenir un certain nombre de registres de la part des pharmaciens pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2011.

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice clos le 31 mars 2012

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le Fonds de l'assurance médicaments (le Fonds) est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie). La direction de la Régie est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers du Fonds, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des méthodes comptables appropriées respectant les Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport d'activité est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme d'audit interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que l'actif est convenablement protégé et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations du Fonds.

Le conseil d'administration de la Régie est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers du Fonds ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit de la Régie.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires du Fonds conformément aux lois et règlements qui régissent ces deux entités.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à l'audit des états financiers du Fonds conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général de la Régie,

Marc Giroux, ASC

Le chef du service du budget et de la comptabilité de la Régie,

Nelson Fortier, CPA, CA

Québec, le 6 juin 2012

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

À l'Assemblée nationale

Rapport sur les états financiers

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints du Fonds de l'assurance médicaments, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012, l'état des résultats et de l'excédent cumulé et l'état des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives inclus dans les notes complémentaires.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Fonds de l'assurance médicaments au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément aux exigences de la Loi sur le vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces normes ont été appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le vérificateur général du Québec par intérim,

Michel Samson, CPA auditeur, CA

Québec, 6 juin 2012

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
ÉTAT DES RÉSULTATS ET DE L'EXCÉDENT CUMULÉ
DE L'EXERCICE CLOS LE 31 MARS 2012

	2012	2011
	(en milliers de dollars)	
PRODUITS		
Contribution du Fonds consolidé du revenu	2 281 280	2 229 116
Primes – adhérents et personnes de 65 ans ou plus (note 3)	871 130	879 087
Moins : créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues (note 4)	7 520	5 328
	863 610	**873 759**
Compensation du gouvernement du Québec (note 5)	193 000	158 300
	3 337 890	**3 261 175**
CHARGES		
Contributions à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux :		
Personnes de 65 ans ou plus	1 912 997	1 867 509
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	692 664	691 142
Adhérents	678 737	651 393
	3 284 398	**3 210 044**
Frais d'administration		
Régie de l'assurance maladie du Québec (note 6)	41 797	39 091
Intérêts sur emprunt	3 021	2 354
Perception des primes par Revenu Québec (note 4)	8 674	9 686
	53 492	**51 131**
	3 337 890	**3 261 175**
EXCÉDENT DE L'EXERCICE ET EXCÉDENT CUMULÉ	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE
AU 31 MARS 2012

	2012	2011
	(en milliers de dollars)	
ACTIFS FINANCIERS		
Primes à recevoir	**972 025**	**923 730**
PASSIFS		
Dû à la Régie de l'assurance maladie du Québec	367 808	367 743
Dû à Revenu Québec	55	61
Intérêts courus	308	267
Emprunt sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 7)	603 854	555 659
	972 025	**923 730**
ACTIFS FINANCIERS NETS	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour le Fonds,

Marc Giroux, ASC
Président-directeur général
de la Régie

Suzanne Delisle, CPA, CA, ASC
Membre du conseil d'administration et
Présidente du comité d'audit de la Régie

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE
DE L'EXERCICE CLOS LE 31 MARS 2012

	2012	2011
	(en milliers de dollars)	
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Excédent de l'exercice	-	-
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement		
Primes à recevoir	(48 295)	(81 347)
Dû à la Régie de l'assurance maladie du Québec	65	86 113
Dû à Revenu Québec	(6)	1
Intérêts courus	41	167
Emprunt sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec	48 195	(4 934)
VARIATION DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	-	-
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début et à la fin	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution et objet

Le Fonds de l'assurance médicaments a été institué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5). Il a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Il est constitué des primes déterminées en fonction du revenu gagné au cours de l'année civile par toute personne, peu importe son âge, ne bénéficiant pas des garanties prévues en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux.

Par contre, des exonérations de primes sont prévues dans la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5) et dans la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01) pour des catégories de personnes telles que les enfants, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et certaines personnes âgées.

Le Fonds est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et ses modes de gestion, de financement et d'opération sont stipulés dans sa loi constitutive. Selon cette loi, l'ensemble des sommes versées au Fonds doit permettre à long terme le paiement de ses obligations.

2. Principales méthodes comptables

La préparation des états financiers du Fonds, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations. Le principal élément faisant l'objet d'une estimation est le produit provenant de primes.

Aux fins de la préparation de ses états financiers, le Fonds utilise prioritairement le *Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés pour le secteur public* et, pour la première année, il applique le modèle de présentation des actifs financiers nets recommandé par ce manuel. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Contribution du Fonds consolidé du revenu

Le Fonds consolidé du revenu verse une contribution pour équilibrer les produits et les charges. Elle ne peut excéder le total des montants remboursés à la Régie pour les services fournis aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours (contributions et frais d'administration).

Primes

La valeur estimative des primes est inscrite aux produits en proportion de la période de couverture d'assurance écoulée au 31 mars.

Cette estimation est établie en fonction des primes réelles observées au cours de l'année civile antérieure et de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les ajustements entre la valeur estimative des primes et leur valeur réelle sont comptabilisés au cours de l'exercice où ils sont connus.

3. Primes

L'estimation des primes se répartit comme suit :

	2012	2011
Adhérents	437 307	439 807
Personnes de 65 ans ou plus	433 823	439 280
	871 130	879 087

L'ajustement entre la valeur réelle des primes pour l'année civile 2010 et leur valeur estimative comptabilisée au 31 mars 2011, ainsi que d'autres ajustements pour des années antérieures à 2010, ont eu pour effet d'augmenter les primes de l'exercice en cours de 32,7 M$ (2011 : 41,8 M$).

4. Frais reliés aux activités de perception des primes par Revenu Québec

	2012	2011
Frais d'administration (perception)	8 674	9 686
Frais inhérents aux comptes à recevoir : Créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues	7 520	5 328
	16 194	15 014

Revenu Québec est, selon la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'organisme chargé de percevoir les primes des adhérents et des personnes de 65 ans ou plus pour le Fonds. Dans le cadre de ce mandat, il facture au Fonds des frais d'administration ainsi que d'autres frais, reliés aux comptes à recevoir, qu'il doit supporter. Ces frais sont déterminés en fonction des dépenses réellement engagées par Revenu Québec. En vertu d'une entente signée en 2009 avec Revenu Québec, la réévaluation de ces frais est faite périodiquement et des mécanismes d'indexation sont prévus.

L'entente de 2009 avec Revenu Québec prévoit pour l'exercice clos le 31 mars 2010 et les suivants la prise en charge par le Fonds des frais des créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues.

Les créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues représentent 0,9 % (2011 : 0,6 %) de l'estimation des primes au 31 mars 2012.

5. Compensation du gouvernement du Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verse cette compensation pour la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments. En effet, pour une période de quinze ans suivant l'inscription d'un médicament innovateur à la liste de médicaments, celui-ci est soustrait de l'application de cette politique.

6. Frais d'administration

Les frais d'administration imputés par la Régie pour les adhérents (toute personne qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux) ainsi que pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours sont indiqués dans le tableau suivant :

	Adhérents	Autres clientèles	2012	2011
Traitements et avantages sociaux	10 533	13 088	23 621	22 614
Amortissement des immobilisations corporelles	1 463	2 258	3 721	2 924
Locaux, équipement et ameublement	1 101	2 010	3 111	3 991
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	1 136	1 838	2 974	1 770
Réseau de communication interactive	537	2 817	3 354	3 244
Services professionnels et autres	2 352	2 349	4 701	4 451
Fournitures et approvisionnements	109	172	281	85
Intérêts et frais financiers	18	16	34	12
	17 249	24 548	41 797	39 091

7. Emprunt sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2012	2011
Emprunt sur billets renouvelables d'un maximum de 665 M$ échéant le 17 avril 2012, au taux de 1,25 %	603 854	-
Emprunt sur billets renouvelables d'un maximum de 630 M$ échéant le 14 avril 2011, au taux de 1,25 %	-	555 659
	603 854	555 659
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	2 980	2 188

Les annexes

SECTION 6

Cette partie regroupe des renseignements qui permettent de mieux comprendre la Régie et son mode de fonctionnement.

1- Lois et règlements principaux appliqués par la Régie 127

2- Programmes administrés par la Régie 129

3- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.. 137

4- Complément d'information financière relative aux programmes administrés par la Régie......................... 143

Annexe 1
Lois et règlements principaux appliqués par la Régie

LOIS ET RÈGLEMENTS POUR L'ADMINISTRATION ET L'APPLICATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE ET DE TOUT AUTRE PROGRAMME QUE LA LOI OU LE GOUVERNEMENT CONFIE À LA RÉGIE

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

Règlements gouvernementaux :

- Règlement sur les cotisations au régime d'assurance maladie du Québec (c. R-5, r.1);
- Règlement sur les cotisations au régime général d'assurance médicaments (c. R-5, r.2);
- Liste des organismes qui assurent la coordination des dons d'organes ou de tissus (Arrêté ministériel 2011-004 du ministre de la Santé et des Services sociaux).

Règlements de la Régie :

- Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Seuls les articles 26 à 33 de ce règlement sont maintenus en vigueur;
- Règlement intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec (en vigueur à la date de sa publication sur le site Internet de la Régie, le 2 octobre 2008);
- Règlement intérieur concernant les délégations de pouvoirs et de fonctions du conseil d'administration au président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec (en vigueur depuis le 28 juin 2010);
- Subdélégations de pouvoirs et de fonctions du président-directeur général au personnel de la Régie de l'assurance maladie du Québec (en vigueur à la date de sa publication sur le site Internet de la Régie, le 28 juin 2010).

Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)

Règlements gouvernementaux :

- Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. A-29, r.1);
- Règlement sur les aides auditives et les services assurés (c. A-29, r.2);
- Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés (c. A-29, r.3);
- Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.4);
- Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.5);
- Règles sur les honoraires et les allocations des membres des comités de révision et les frais administratifs afférents à ces comités (décret 419-2005 du 4 mai 2005);
- Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Arrêté ministériel 96-07 du 28 novembre 1996).

Règlements de la Régie :

- Règlement sur les conditions de dispensation et de paiement de certains biens et services assurés, en vigueur le 2 mars 2011 (c. A-29, r.6);
- Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.7);
- Tarif des aides auditives et des services afférents assurés (c. A-29, r.8);
- Tarif des appareils suppléant à une déficience motrice et des services afférents assurés (c. A-29, r.9);
- Tarif des aides visuelles et des services afférents assurés (A-29, r.8.1).

Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01)

- Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien (c. A-29.01, r.1);
- Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments (c. A-29.01, r.2);
- Règlement concernant la Liste de médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.3);
- Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.4).

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

Règlements appliqués en tout ou en partie par la Régie :

- Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires (c. S-4.2, r.7);
- Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (c. S-5, r.1).

Par ailleurs, outre les lois et règlements dont l'application est confiée à la Régie, celle-ci est soumise à plusieurs lois et règlements d'application générale, telles la Loi sur les contrats des organismes publics (L.R.Q., c. C-65.1), la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) et la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02).

Annexe 2
Programmes administrés par la Régie

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Services médicaux		
• déterminés par la Loi sur l'assurance maladie	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		
• pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	CSST[38]
Services optométriques		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour les personnes assurées de moins de 18 ans et celles de 65 ans ou plus	26 mai 1993	
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	15 mai 1992	
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles[39]	1er octobre 1975	
• pour toutes les personnes assurées : examen partiel de la vision	9 septembre 1992	
• pour toutes les personnes assurées : examen d'urgence	10 septembre 2009	
• pour les personnes assurées ayant un diagnostic de diabète et traitées au moyen d'une médication ainsi que pour les personnes assurées présentant une myopie de 5 dioptries ou plus : examen sous dilatation du segment postérieur	10 septembre 2009	
• pour les personnes assurées de 16 ans ou moins : examen d'orthoptique	1er mars 1985	
Service de procréation médicalement assistée		
• déterminés par règlement	5 août 2010	Fonds des services de santé
Services de chirurgie buccale		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		

38. Commission de la santé et de la sécurité du travail.

39. L.R.Q., c. A-13.1.1.

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Services dentaires		
• déterminés par règlement	1er mai 1974	Fonds des services de santé
• pour les enfants		
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	4 avril 1979	
Médicaments et services pharmaceutiques		
• déterminés par règlement et inscrits sur la *Liste de médicaments*	1er août 1972	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours		
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er octobre 1975	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les personnes de 65 ans ou plus qui n'adhèrent pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle, ou qui ne sont pas bénéficiaires d'un tel contrat ou d'un tel régime	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
• pour toute personne qui n'a pas accès à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel ou de toute autre occupation habituelle, ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
Appareils suppléant à une déficience physique		
• déterminés par règlement	1er juillet 1975	Fonds des services de santé
• pour toute personne ayant une déficience motrice, selon les conditions prévues par le règlement		
Aides visuelles		
• déterminées par règlement	30 novembre 1977	Fonds des services de santé
• pour les personnes aveugles et celles qui ont une basse vision, et qui sont inaptes à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement familier		

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Aides auditives • déterminées par règlement • pour toute personne ayant une déficience auditive, selon les conditions prévues par le règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
Bourses de recherche • déterminées par règlement • pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
Bourses d'études • déterminées par règlement • pour des étudiants en médecine, contre engagement à fournir, dès la fin de leur formation médicale, des services assurés dans un territoire désigné par le ministre	11 juin 1975	Fonds des services de santé
• pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[40] et décret
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale, ou ayant une absence totale de formation du sein			
• versement tous les deux ans du montant forfaitaire pour compenser le coût lié à l'achat ou au remplacement d'une prothèse mammaire	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MSSS[41]-RAMQ[42] Décret 1177-96
• remboursement tous les deux ans du coût excédant le montant forfaitaire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er mars 1993		Accord MESS[43]-RAMQ Décret 1187-96
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	MSSS	Accord MSSS-RAMQ AC-4835-75

40. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2012.

41. Ministère de la Santé et des Services sociaux

42. Régie de l'assurance maladie du Québec

43. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[44] et décret
Prothèses oculaires pour les personnes assurées ayant besoin d'un œil artificiel			
• allocation pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse, et montant forfaitaire pour son entretien et sa réparation	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1272-98
• remboursement du coût lié à l'achat, au remplacement ou à l'entretien qui excède l'allocation maximale pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er mars 1993		Accord MESS-RAMQ Décret 1273-98
Appareils fournis aux stomisés permanents			
• remboursement d'un montant compensatoire annuel à toutes les personnes assurées	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1383-91
• remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er avril 1981		Accord MESS-RAMQ Décret 430-96
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes, domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord MSSS-RAMQ Décret 1405-87
Prothèses dentaires acryliques fournies par les denturologistes pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	9 avril 1979	Fonds des services de santé	Accord MESS-RAMQ Décret 427-96 Décret 812-2006
Services optométriques fournis aux personnes ayant une déficience visuelle et âgées de 18 ans ou plus mais de moins de 65 ans et inscrites dans un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle	15 mai 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1225-99
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1146-87
Médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes atteintes d'infections transmissibles sexuellement	1er avril 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 972-96
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1053-90

44. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2012.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[45] et décret
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant versé une prime en vertu d'un accord avec le ministre de la Santé et des Services sociaux	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord MSSS-RAMQ Décret 608-83 Décret 474-95
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er mai 1989	MESS	Accord MESS-RAMQ Décret 435-91
Rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public	15 avril 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1296-92
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévus par le Code criminel	1er septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord MSP[46]-RAMQ Décret 144-91
Rémunération des professionnels de la santé pour les biens et les services rendus en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels	1er janvier 1981	CSST	Accord RAMQ-CSST Décret 3246-81
Médicaments et services pharmaceutiques dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et dans les établissements privés non conventionnés pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	1er février 1994	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1187-97
Rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	1er avril 1996	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 848-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose	17 février 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 98-97
Rémunération des optométristes travaillant dans les centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle	1er janvier 1997	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 749-97
Rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec	1er avril 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 90-2010
Gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie	17 décembre 2003	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 983-2003

45. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2012.

46. Ministère de la Sécurité publique.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[47] et décret
Remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	23 mars 2004	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1283-2003
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	1er mai 1988	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MSSS-RAMQ Décret 609-83
Rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er février 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-MESS-RAMQ Décret 431-96
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1er mai 1990	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 407-90
Rémunération des médecins pour leur présence à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	18 décembre 1991 (médecins spécialistes) 16 juin 1992 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1610-92
Rémunération des médecins exerçant à titre de médecin-conseil ou de coordonnateur des services préhospitaliers auprès des agences de la santé et des services sociaux ou à titre de membre d'une commission médicale régionale	1er janvier 1995 (médecins omnipraticiens) 1er octobre 1995 (médecins spécialistes)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1189-97
Exonération financière pour les services d'aide domestique	1er septembre 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1012-2009
Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie	30 octobre 2009	MSSS	Décret 1386-2009

47. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2012.

C. FONCTIONS DÉLÉGUÉES À LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Entente[48] et décret
Contribution financière des adultes hébergés	1er septembre 1997	MSSS	Ententes MSSS-RAMQ et MESS-RAMQ Décret 520-99
Contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire	1er avril 2001	MSSS	Entente MSSS-RAMQ Décret 341-2001

48. Les ententes sont indiquées sous les noms des ministères au 31 mars 2012.

D. BANQUES DE DONNÉES CONFIÉES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Des banques de données sont confiées à la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles contiennent un sous-ensemble des données collectées et utilisées par les établissements ou les organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Ces données portent sur les services rendus aux clientèles du réseau.

<table>
<tr><th>Banque de données</th><th>Source de financement</th><th>Accord</th></tr>
<tr><td>Banque de données commune sur la clientèle et les services des centres locaux de services communautaires
La banque contient des données non nominatives sur les usagers des centres locaux de services communautaires, sur les demandes de services ainsi que sur les interventions et activités ponctuelles réalisées pour ces usagers.</td><td>Fonds des services de santé</td><td rowspan="5">Entente MSSS-RAMQ
13 mars 2012</td></tr>
<tr><td>Données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)
La banque contient l'information relative aux hospitalisations et aux inscriptions en chirurgie d'un jour dans les établissements québécois de soins généraux et spécialisés.</td><td>Fonds des services de santé</td></tr>
<tr><td>Fichier des tumeurs du Québec
À partir des données de MED-ÉCHO, ce fichier recueille un ensemble de données sur le cancer et sur les personnes atteintes de cette maladie, notamment sur les tumeurs malignes primaires.
Le fichier des tumeurs constitue la base sur laquelle sera développé le Registre québécois du cancer, prévu pour janvier 2013.</td><td>Fonds des services de santé</td></tr>
<tr><td>Registre des salles d'urgence
Les données du registre sont utilisées, entre autres, pour connaître l'achalandage des salles d'urgence et les délais de séjour à l'urgence. L'exploitation du registre permet la planification et l'organisation des services des centres hospitaliers.</td><td>Fonds des services de santé</td></tr>
<tr><td>Registre des traumatismes du Québec
Le registre contient des renseignements sur les victimes de traumatismes majeurs, notamment l'événement ayant causé le traumatisme, l'intervention préhospitalière, le séjour à l'urgence et le suivi en milieu hospitalier.</td><td>Fonds des services de santé</td></tr>
</table>

Annexe 3
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Ce code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie a été adopté par le conseil d'administration le 10 mars 2010. Il a remplacé celui qui avait été adopté le 13 octobre 1999.

PRÉAMBULE

La Régie de l'assurance maladie du Québec (« la Régie ») administre les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. Elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure une circulation sécuritaire de l'information.

La Régie est administrée par un conseil d'administration composé de quinze membres, dont le président du conseil et le président-directeur général. Le président-directeur général est assisté par des vice-présidents. Les membres du conseil d'administration et les vice-présidents sont nommés par le gouvernement du Québec.

Guidée par ses valeurs que sont le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance, la Régie entend être reconnue comme un partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé québécois.

Conscients des enjeux auxquels est confrontée la Régie, les membres du conseil d'administration œuvrent à développer une gouvernance fondée sur les principes d'efficacité, de transparence et d'imputabilité.

Soucieux de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de leurs décisions, les membres du conseil d'administration de la Régie adoptent le présent Code d'éthique et de déontologie.

1. DÉFINITIONS

Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « ***Administrateur*** » : désigne un membre du conseil d'administration de la Régie nommé par le gouvernement, incluant le président du conseil et le président-directeur général;

b) « ***Code*** » : désigne le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie approuvé par le conseil d'administration;

c) « ***Intérêt*** » : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

d) « ***Conflit d'intérêts*** » : désigne toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur pourrait être porté à favoriser indûment l'intérêt d'une personne (y compris le sien, celui d'un membre de sa famille ou d'une personne à laquelle il est lié) au détriment de l'intérêt public, celui de la Régie, des personnes assurées ou d'une autre personne. Toute situation susceptible de porter atteinte à la loyauté, à l'intégrité ou au jugement de l'administrateur est également visée par la définition;

e) « ***Conseil*** » : désigne le conseil d'administration de la Régie;

f) « ***Conseiller en éthique*** » : désigne le conseiller en éthique de la Régie et du conseil;

g) « ***Information confidentielle*** » : toute information ayant trait à la Régie, aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments, au système de santé et de services sociaux ou toute information de nature stratégique qui n'est pas connue du public et qui, si elle était divulguée par un administrateur, serait susceptible de procurer un avantage indu à la personne qui reçoit l'information ou de compromettre la réalisation d'une orientation, d'une opération, d'un programme ou d'un projet de la Régie ou du gouvernement;

h) « ***Personne liée*** » : personne liée à un administrateur, cette personne ayant un lien par le sang, le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption. Aux fins du présent Code, est également une personne liée, l'enfant d'une personne ayant un lien avec l'administrateur par le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption, un membre de sa famille immédiate vivant sous le même toit, la personne ou la société de personnes à laquelle un administrateur est associé, la personne morale dont l'administrateur détient directement ou indirectement 10 % ou plus d'une catégorie de titres comportant droit de vote, la personne morale qui est contrôlée par l'administrateur ou par une personne liée au sens du présent paragraphe ou par un groupe de ces personnes agissant conjointement; toute personne qu'un administrateur pourrait être porté à favoriser en raison de sa relation avec un tiers, de son statut, de son titre ou autre;

i) « ***Président du conseil*** » : désigne le président du conseil d'administration de la Régie;

j) « ***Président-directeur général*** » : désigne le président et chef de la direction de la Régie;

k) « ***Règlement intérieur*** » : désigne le Règlement intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec adopté par le conseil conformément à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec;

l) « ***Secrétaire*** » : désigne le secrétaire du conseil.

2. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.1 **Objet.** Le présent Code a pour objet d'établir les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux administrateurs de la Régie et au secrétaire.

Les principes d'éthique énoncent les valeurs qui doivent en toute occasion guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

Les règles de déontologie portent sur les devoirs, les responsabilités et les obligations des administrateurs.

2.2 **Conformité.** Le présent Code est établi en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et conformément aux exigences du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui en découle (L.R.Q., c. M-30, a. 3.0.1 et 3.0.2; 1997, c. 6, a. 1). Il reflète et complète les dispositions de ces derniers.

L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par cette loi, ce règlement et le présent Code ainsi que ceux établis par le code de déontologie adopté par l'ordre professionnel auquel il appartient, le cas échéant. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent. Sa conduite doit pouvoir résister à l'examen public le plus minutieux.

2.3 **Approbation et révision.** Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02), et au Règlement intérieur, le conseil approuve le présent Code, sur recommandation du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines lequel en assure la révision périodique.

2.4 **Interprétation.** Dans le présent Code, l'interdiction de poser un geste inclut la tentative de poser ce geste, et toute participation ou incitation à le poser.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

3.1 **Conduite.** Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur agit avec loyauté, honnêteté, intégrité et dans le respect du droit.

Il adhère aux valeurs organisationnelles de la Régie que sont le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance et favorise le développement d'une culture de l'éthique au sein de la Régie et de son conseil.

L'administrateur entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

3.2 **Contribution.** L'administrateur contribue, dans l'accomplissement de ses fonctions, à la réalisation de la mission et de la vision de la Régie en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances et son expérience, et en faisant preuve de diligence et de prudence.

L'administrateur exerce un jugement indépendant et impartial dans le meilleur intérêt de la Régie et de ses clientèles.

L'administrateur participe activement aux activités du conseil et maintient à jour ses connaissances. Il se prépare adéquatement aux rencontres, fait preuve d'assiduité, favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil et contribue aux délibérations au meilleur de sa compétence.

L'administrateur s'enquiert de tout renseignement qu'il juge utile au sujet des activités de la Régie afin de s'acquitter efficacement de son mandat.

4. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RÈGLES GÉNÉRALES

4.1 **Lois et règlements.** Aux fins de se conformer aux règles de déontologie qui lui sont applicables, l'administrateur prend connaissance de la section I.1 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics et de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État.

4.2 **Attestation.** Lors de sa nomination, l'administrateur atteste avoir pris connaissance du présent Code et s'engage à le respecter. Il signe à cet effet le formulaire d'engagement relatif aux règles en matière d'éthique et de déontologie applicables aux membres du conseil.

4.3 **Affaires personnelles.** L'administrateur doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne nuisent pas à l'exercice de ses fonctions et lui permettent de consacrer le temps et l'attention que ces dernières requièrent.

4.4 **Reddition de comptes.** L'administrateur reconnaît que le conseil doit rendre compte de ses décisions au gouvernement ainsi qu'au public en général. Il doit être en mesure de justifier la conduite qu'il adopte dans l'exercice de ses fonctions et faire preuve de transparence.

4.5 **Considérations politiques et réserve.** L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération politique partisane.

L'administrateur doit faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

4.6 **Non-ingérence.** L'administrateur s'abstient d'utiliser son statut pour tenter d'influencer la décision d'un fonctionnaire dans un dossier dont celui-ci assume la responsabilité.

4.7 **Rémunération.** Un administrateur doit s'abstenir de recevoir quelque somme que ce soit en plus des remboursements auxquels il a droit.

4.8 **Services rémunérés.** L'administrateur ne doit offrir aucun service-conseil ou autre service à la Régie contre rémunération, que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'une personne liée ou d'une entité dans laquelle lui ou une personne liée détiennent des intérêts.

4.9 **Services professionnels.** Nonobstant ce qui est prévu à l'article 4.8, il est permis à un administrateur de recevoir des honoraires pour des biens et services prodigués dans le cadre d'un programme administré par la Régie.

4.10 **Avantages et cadeaux.** L'administrateur ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même, une personne qui lui est liée ou un tiers.

L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou avantages autres que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout cadeau, marque d'hospitalité ou avantage ne correspondant pas à ces critères doit être retourné au donateur ou à l'État.

4.11 **Biens.** L'administrateur doit s'abstenir d'utiliser directement ou indirectement les biens de la Régie à son profit ou au profit d'un tiers.

4.12 **Information.** L'administrateur ne doit communiquer ni permettre que soit communiquée une information confidentielle dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions qu'aux personnes autorisées à la connaître. En outre, cette information ne doit pas être utilisée à son avantage personnel, ni à celui de personnes liées ou celui d'un groupe d'intérêts en particulier. En cas de doute, il doit faire preuve de prudence et peut consulter le conseiller en éthique.

4.13 **Cessation de fonctions.** L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur cette information.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir en son nom ou pour le compte d'autrui relativement à une opération à laquelle la Régie est partie prenante et sur laquelle il détient de l'information confidentielle.

Un administrateur ne peut traiter, dans les circonstances qui sont prévues au deuxième alinéa, avec un administrateur qui a quitté ses fonctions, et ce, dans l'année qui suit son départ.

B) RÈGLES CONCERNANT LES INTÉRÊTS

4.14 **Prévention.** Il incombe à l'administrateur de prendre en tout temps les mesures nécessaires pour éviter de se placer dans une situation de conflit d'intérêts.

4.15 **Interdiction.** L'administrateur ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association le mettant en conflit d'intérêts. Tout administrateur ayant un tel intérêt doit, sous peine de révocation, se conformer aux dispositions 4.17, 4.18 et 4.19.

Lorsqu'il se trouve en conflit d'intérêts en raison d'une succession ou d'une donation, l'administrateur doit y renoncer ou en disposer avec diligence.

Il ne peut, dans le but de contourner les présentes règles, ni vendre ni céder les biens litigieux à des personnes liées.

Le présent article n'a toutefois pas pour effet d'empêcher un administrateur de se prononcer sur des mesures d'application générale relatives aux conditions de travail auxquelles il est assujetti en raison de son occupation professionnelle.

4.16 **Situations.** Les situations suivantes peuvent constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

4.17 **Déclaration d'intérêts.** L'administrateur doit remettre au président du conseil, dans les 60 jours suivant sa nomination et au 1er avril de chaque année où il demeure en fonction, une déclaration relative aux intérêts et autres fonctions rédigée dans la forme prévue. Cette déclaration vise à divulguer les informations suivantes :

- les intérêts financiers détenus à titre de créancier, d'actionnaire, de détenteur de parts ou d'options, de propriétaire ou autrement, dans une entreprise, une société, une association ou un organisme, à but lucratif ou sans but lucratif, dont le domaine d'activité est, ou est susceptible d'être, lié à ceux de la Régie;
- les conseils d'administration auxquels il siège, les autres fonctions qu'il exerce à titre de dirigeant, de gérant ou de cadre supérieur et pour chacune des fonctions exercées, le nom de l'entreprise, de la société, de l'association ou de l'organisme et son champ d'activité;
- les droits que lui ou une personne liée peuvent faire valoir contre la Régie, incluant leur nature et leur valeur;
- toute situation sur les plans personnel, professionnel ou philanthropique touchant une personne liée ou lui-même, qu'il y aurait lieu d'évaluer afin de déterminer si elle est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de ses fonctions ou de susciter une controverse ou un doute raisonnable.

L'administrateur produit une déclaration même s'il n'a pas d'intérêts ou de situation particulière à divulguer et la remet au président du conseil.

Dans le cas du président du conseil, sa déclaration doit être remise au secrétaire.

4.18 **Modification d'intérêts en cours de mandat.** L'administrateur doit informer le président du conseil de toute modification à sa déclaration relative aux intérêts et autres fonctions dans la forme prévue, et ce, dans les 30 jours suivant la survenance d'un changement significatif au contenu de sa dernière déclaration d'intérêts.

Dans le cas du président du conseil, toute modification doit être signalée au secrétaire.

Une déclaration de modification d'intérêts communiquée verbalement par un administrateur et consignée au procès-verbal d'une rencontre du conseil tient lieu de déclaration écrite.

4.19 **Abstention.** Lorsqu'il est établi qu'un administrateur est en conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent en cours de mandat, ce dernier doit s'abstenir de participer à toute délibération ou à tout vote du conseil sur une question liée aux intérêts qu'il détient et ne doit tenter en aucune façon d'influencer la décision s'y rapportant.

Il doit se retirer de la réunion du conseil pour la durée des délibérations et du vote sur cette question. Le procès verbal doit faire état de son absence ou de son abstention de participer aux discussions.

Le président du conseil peut décider de toute mesure additionnelle jugée appropriée pour assurer la primauté de l'intérêt public et préserver l'intégrité de la Régie et la confiance du public.

4.20 **Traitement confidentiel.** Le président du conseil remet toutes les déclarations relatives aux intérêts et autres fonctions et toute modification de ces déclarations reçues en vertu des articles 4.17 et 4.18 au secrétaire, qui les joint au dossier personnel de

chaque administrateur créé à cet effet et gardé en sécurité au Secrétariat général de la Régie.

Le président du conseil, le conseiller en éthique et son représentant et, au besoin, les membres du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines, sont les seules personnes ayant accès aux déclarations d'intérêts des administrateurs, et doivent en assurer la confidentialité.

5. MISE EN ŒUVRE

5.1 **Rôle du président du conseil.** Le président du conseil est responsable de l'application du présent Code par les administrateurs.

Il assure le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournit aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations ou sur toute autre question de nature éthique ou déontologique. À cette fin, il peut prendre conseil auprès du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines et du conseiller en éthique.

Dès qu'il a pris connaissance des déclarations relatives aux intérêts et autres fonctions, ou des modifications à celles-ci, le président du conseil doit établir s'il y a conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent. Dans l'affirmative, il doit entreprendre des mesures visant la résolution du conflit.

Lorsque la situation le requiert, en raison notamment d'un enjeu concernant la responsabilité ou le bon fonctionnement du conseil, le président informe ce dernier de la survenance d'un cas de manquement à l'éthique ou à la déontologie et du suivi qu'il entend y apporter.

5.2 **Rôle du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines.** Le comité peut conseiller le président du conseil en matière d'éthique et de déontologie et l'assister dans ses travaux concernant l'application et l'interprétation du présent Code.

Le comité porte à l'attention du président toute question qu'il juge pertinente.

Lorsqu'un manquement possible à l'éthique est soulevé concernant un administrateur, le comité peut, à la demande du président du conseil, recueillir toute information pertinente. Il fait rapport écrit au président du conseil de ses constatations et lui recommande des mesures à prendre, s'il y a lieu.

Le comité peut consulter des conseillers ou des experts sur toute question qu'il juge à propos et recevoir des avis de leur part, notamment le conseiller en éthique.

Le comité exerce également les fonctions qui lui sont dévolues en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Règlement intérieur.

5.3 **Rôle du conseiller en éthique.** Le conseiller en éthique assiste le président du conseil et le comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines dans l'application du présent Code.

Il voit également à faire publier dans le rapport annuel de gestion de la Régie le présent Code ainsi que tout autre renseignement de nature éthique ou déontologique exigé par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Loi sur l'administration publique, la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État ou par les ministères et organismes centraux du gouvernement.

6. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

6.1 **Processus disciplinaire applicable.** Le processus disciplinaire applicable aux membres du conseil dans les cas de non-respect du Code est celui prévu au chapitre VI du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, dont les principaux éléments sont résumés ci-après.
Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif est l'autorité compétente pour agir en matière disciplinaire.

6.2 **Manquement au code.** Lorsque le président du conseil a des motifs raisonnables de croire qu'un administrateur n'a pas respecté l'une ou l'autre des dispositions du présent Code, il entreprend les démarches visant l'application du processus disciplinaire applicable.

6.3 **Communication à l'autorité compétente.** Le président du conseil informe, dans les plus brefs délais, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif. Le président du conseil lui remet le dossier complet de l'administrateur en cause, incluant toute information

susceptible d'aider l'autorité compétente à évaluer la situation et à appliquer les mesures disciplinaires le cas échéant.

6.4 **Situations urgentes.** L'administrateur à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

6.5 **Communication à l'administrateur en cause.** L'autorité compétente fait part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

6.6 **Sanctions.** Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent Code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction. La sanction qui peut être imposée est la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. Toute sanction imposée à un administrateur, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

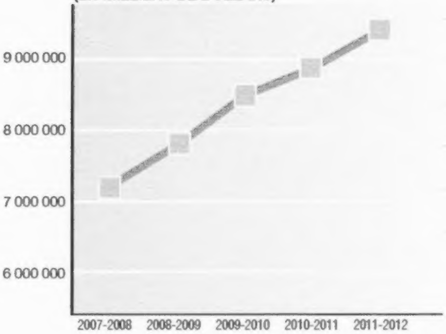
Annexe 4
Complément d'information financière relative aux programmes administrés par la Régie

En complément de la section sur les ressources financières du présent rapport annuel, voici une présentation détaillée des coûts des programmes administrés par la Régie.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Crédits d'assurance maladie					
Services médicaux	3 579 285	4 013 660	4 462 723	4 799 993	5 206 364
Médicaments et services pharmaceutiques	2 280 132	2 400 780	2 535 943	2 558 651	2 605 661
Aides techniques	129 192	134 726	153 292	147 432	161 156
Services dentaires	112 580	119 366	133 807	135 055	137 133
Services optométriques	37 718	38 266	42 242	41 018	44 774
Bourses	12 610	13 942	14 452	14 861	14 811
Sous-total	6 151 517	6 720 740	7 342 459	7 697 010	8 169 899
Autres programmes confiés					
Services médicaux	231 237	272 391	261 050	265 288	306 801
Médicaments et services pharmaceutiques	584 562	602 060	635 891	654 753	682 229
Services hospitaliers	167 021	178 875	201 758	217 982	225 743
Services dentaires	2 418	2 518	2 888	2 793	2 619
Services optométriques	2 420	1 243	1 919	1 893	1 981
Services d'aide domestique	51 809	57 936	60 445	59 022	63 181
Aide financière (hépatite C)	431	661	368	863	(15)[49]
Sous-total	1 039 898	1 115 684	1 164 319	1 202 594	1 282 539
Total	**7 191 415**	**7 836 424**	**8 506 778**	**8 899 604**	**9 452 438**

ÉVOLUTION DES COÛTS (EN MILLIERS DE DOLLARS)

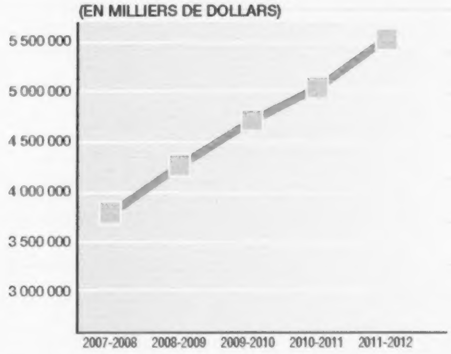


49. Le programme québécois d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C a pris fin le 30 juin 2010.

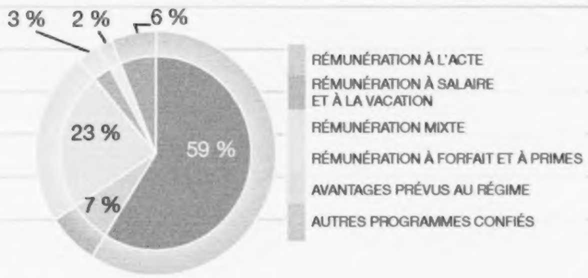
SERVICES MÉDICAUX
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Crédits d'assurance maladie	3 579 285	4 013 660	4 462 723	4 799 993	5 206 364
Rémunération à l'acte	2 393 891	2 614 054	2 851 211	3 078 284	3 275 087
Spécialistes	1 357 814	1 517 098	1 662 565	1 802 972	1 906 147
Omnipraticiens	1 008 183	1 064 714	1 154 044	1 240 330	1 331 513
Remboursements aux personnes assurées	17 980	21 733	22 654	22 893	24 245
Professionnels de la santé hors du Québec	9 914	10 509	11 948	12 089	13 182
Rémunération à salaire et à la vacation	334 875	361 053	384 007	390 040	416 693
Vacation et honoraires forfaitaires	249 818	278 393	299 746	308 069	333 944
Salaires et honoraires fixes	85 057	82 660	84 261	81 971	82 749
Rémunération mixte	712 684	856 904	1 026 692	1 108 777	1 259 202
Spécialistes	709 687	853 368	1 022 958	1 105 033	1 255 408
Omnipraticiens	2 997	3 536	3 734	3 744	3 794
Rémunération à forfait et à primes[50]	58 460	104 512	113 020	134 127	152 169
Forfait	54 444	86 954	96 584	117 359	134 641
Primes	4 016	17 558	16 436	16 768	17 528
Avantages prévus au régime	79 375	77 137	87 793	88 765	103 213
Mesures incitatives et particulières[51]	28 349	30 176	42 064	39 959	42 433
Assurance responsabilité professionnelle	51 026	46 961	45 729	48 806	60 780
Autres programmes confiés	231 237	272 391	261 050	265 288	306 801
Rémunération des résidents en médecine	144 362	158 005	170 034	185 235	213 356
Commission de la santé et de la sécurité du travail	85 354	112 777	89 358	78 798	92 235
Soutien financier aux victimes d'immunisation	1 092	1 118	1 160	1 212	1 210
Évaluation de l'état mental d'un accusé	429	491	498	43	-
Total	3 810 522	4 286 051	4 723 773	5 065 281	5 513 165

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



RÉPARTITION DES COÛTS



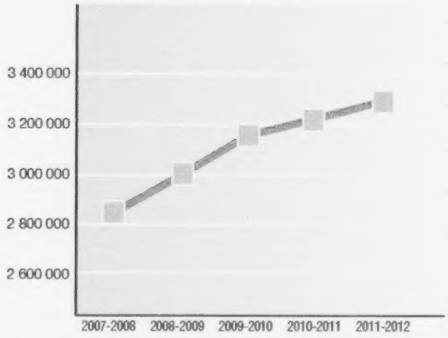
50. La rémunération à forfait et à primes est présentée distinctement de la rémunération à l'acte des omnipraticiens. En effet, ce mode de rémunération étant en hausse, il est comptabilisé distinctement depuis le 1er avril 2008, ce qui permet d'en assurer un meilleur suivi.

51. Les mesures incitatives et particulières correspondent à divers montants tels des primes, des frais ou des allocations versés à titre de compensation ou de remboursement conformément aux modes de rémunération stipulés à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c.A-29).

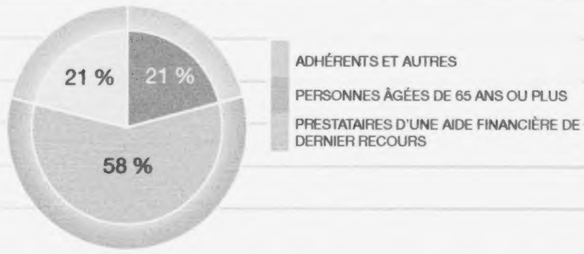
MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Crédits d'assurance maladie	2 280 132	2 400 780	2 535 943	2 558 651	2 605 661
Personnes âgées de 65 ans ou plus (RPAM)[52]	**1 650 647**	**1 748 652**	**1 855 761**	**1 867 509**	**1 912 997**
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (RPAM)	**629 485**	**652 128**	**680 182**	**691 142**	**692 664**
• de moins de 65 ans	621 581	643 623	671 228	682 391	684 698
• de 60 à 64 ans bénéficiaires d'une allocation de conjoint	5 619	6 038	6 254	6 028	5 229
• de 65 ans ou plus	2 285	2 467	2 700	2 723	2 737
Autres programmes confiés	**584 562**	**602 060**	**635 891**	**654 753**	**682 229**
Autres personnes admissibles au régime (RPAM)	581 849	599 237	632 821	651 393	678 737
Gratuité des médicaments pour :					
• les infections transmissibles sexuellement	723	736	874	931	868
• la chimioprophylaxie et la tuberculose	373	341	353	429	484
• la contraception orale d'urgence	1 242	1 377	1 511	1 569	1 630
• la pandémie	-	-	-	12	1
Achats de places dans les résidences privées d'hébergement	276	213	147	130	134
Transport des thérapies parentérales	99	156	185	289	375
Total	**2 864 694**	**3 002 840**	**3 171 834**	**3 213 404**	**3 287 890**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



RÉPARTITION DES COÛTS

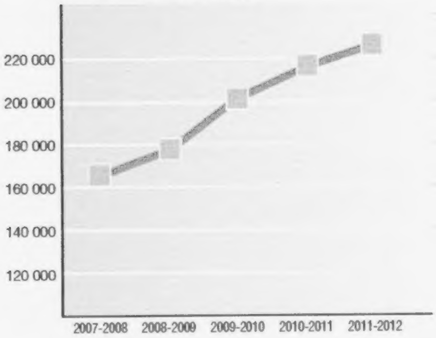


52. Le régime public d'assurance médicaments (RPAM) couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes non admissibles à un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux. Les coûts sont assumés par le Fonds de l'assurance médicaments, qui est financé, d'une part, par les primes perçues auprès des adhérents adultes et des personnes de 65 ans ou plus (présentées sous la rubrique « Autres programmes confiés ») et, d'autre part, par le Fonds consolidé du revenu déterminé lors de l'allocation des crédits.

SERVICES HOSPITALIERS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Autres programmes confiés					
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	130 182	146 159	161 143	175 640	185 619
Ontario	101 539	109 119	121 358	140 370	147 081
Nouveau-Brunswick	13 599	16 862	18 140	16 793	19 380
Autres provinces	7 988	9 595	8 132	8 613	7 769
États-Unis	5 684	8 548	11 528	7 875	9 362
Autres	1 372	2 035	1 985	1 989	2 027
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	36 839	32 716	40 615	42 342	40 124
Ontario	17 127	15 706	19 362	20 603	19 008
Nouveau-Brunswick	12 975	10 034	13 200	13 332	12 865
Terre-Neuve	1 009	1 404	1 393	1 066	1 126
Autres provinces	5 728	5 572	6 660	7 341	7 125
Total	167 021	178 875	201 758	217 982	225 743

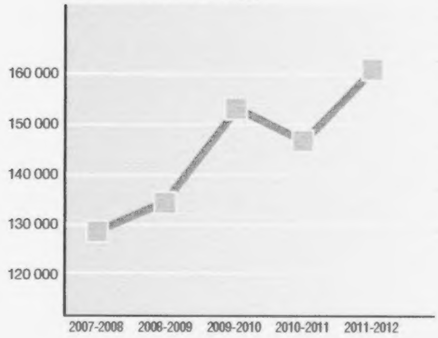
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



AIDES TECHNIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Crédits d'assurance maladie					
Appareils suppléant à une déficience physique	81 668	85 428	93 736	93 020	97 130
Aides auditives	33 812	33 827	42 681	38 540	48 157
Appareils fournis aux stomisés permanents	7 461	8 449	9 399	8 807	8 886
Aides visuelles	4 462	5 019	5 348	5 131	4 910
Prothèses mammaires externes	1 447	1 647	1 732	1 561	1 636
Prothèses oculaires	342	356	396	373	437
Total	**129 192**	**134 726**	**153 292**	**147 432**	**161 156**

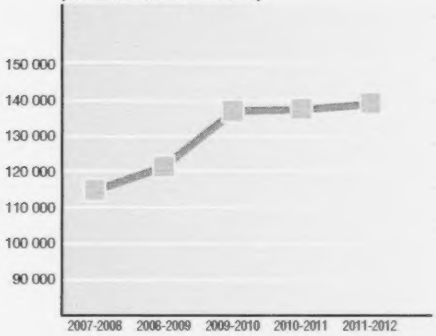
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



SERVICES DENTAIRES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Crédits d'assurance maladie	112 580	119 366	133 807	135 055	137 133
Personnes assurées	**110 875**	**117 469**	**131 855**	**132 965**	**134 927**
Enfants (moins de 10 ans)	54 924	60 155	69 042	68 311	69 619
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (10 ans ou plus)	39 402	39 363	44 384	45 726	45 534
Prothèses dentaires - Denturologistes	8 415	8 924	9 203	9 397	9 227
Prothèses dentaires - Dentistes	1 768	1 568	1 510	1 810	1 381
Chirurgie buccale	6 366	7 459	7 716	7 721	9 166
Mesures incitatives	**1 705**	**1 897**	**1 952**	**2 090**	**2 206**
Autre programme confié	2 418	2 518	2 888	2 793	2 619
Dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	2 418	2 518	2 888	2 793	2 619
Total	114 998	121 884	136 695	137 848	139 752

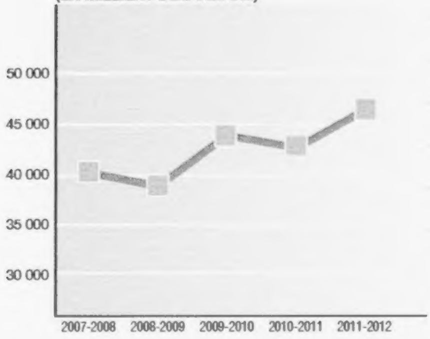
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



SERVICES OPTOMÉTRIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Crédits d'assurance maladie					
Personnes assurées	37 718	38 266	42 242	41 018	44 774
Autre programme confié					
Personnes ayant une déficience visuelle	2 420	1 243	1 919	1 893	1 981
Total	**40 138**	**39 509**	**44 161**	**42 911**	**46 755**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



Coordonnées de la Régie

SITE INTERNET

www.ramq.gouv.qc.ca

ADRESSES DES BUREAUX

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7

425, boulevard de Maisonneuve Ouest
3e étage, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 3G5

AUTRES COORDONNÉES

Pour les citoyens

Téléphone

Québec : 418 646-4636
Montréal : 514 864-3411
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749

Appareil de télécommunication pour personnes sourdes (ATS)

Québec : 418 682-3939
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939

Pour les professionnels de la santé

	Téléphone
Québec	418 643-8210
Montréal	514 873-3480
Ailleurs au Québec, sans frais	1 800 463-4776

Centre de support aux pharmaciens

	Téléphone	Télécopieur
Québec	418 643-9025	418 528-5655
Ailleurs au Québec, sans frais	1 888 883-7427	1 866 734-4418

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Régie de
l'assurance maladie
Québec